Impactos da
Violência na Saúde
Kathie Njaine
Simone Gonçalves de Assis
Patricia Constantino
Joviana Quintes Avanci
Organizadoras
4ª edição atualizada
EDITORA
FIOCRUZ
EAD
ENSP
FIOCRUZ

Hoje, no Brasil, a violência vitimiza mais pessoas que o câncer, a Aids, as doenças respiratórias, metabólicas e infecciosas. Ela se constitui uma das principais causas de mortalidade geral e na primeira causa de óbito da população de 1 a 49 anos de idade.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o problema da violência e seus impactos sobre a saúde como uma das cinco prioridades para as Américas no século XXI.

Este livro apresenta uma visão abrangente da violência e seu impacto sobre a saúde. Introduz uma reflexão crítica sobre aspectos conceituais e aborda os diferentes segmentos sociais atingidos pela violência, segundo faixas etárias e grupos vulneráveis. Apresenta ainda vários capítulos direcionados à gestão de serviços de saúde que atendem pessoas em situação de violência.

Organizado para dar suporte ao Curso Impactos da Violência na Saúde, desenvolvido na modalidade a distância, o presente livro foi escrito por profissionais de diferentes regiões do país e de diversas instituições governamentais e não governamentais, com elevada experiência na atenção a pessoas em situação de violência.

Entre as instituições envolvidas nesta produção, ressaltam-se o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde; a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, da Fundação Oswaldo Cruz (ENSP/Fiocruz), por meio do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves) e da Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância (CDEAD); e a Editora Fiocruz.

Fruto desse esforço comum, o livro *Impactos da Violência na Saúde* é mais um passo para implementar as políticas de redução e prevenção da violência do setor saúde e fortalecer o Sistema Único de Saúde (SUS).

Hermano Albuquerque de Castro
Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

Impactos da Violência na Saúde aborda um tema central na realidade contemporânea dos serviços de saúde, especialmente nos centros urbanos. A obra apresenta os fundamentos teóricos e conceituais da temática da violência, do ponto de vista da saúde, de modo a ampliar o conhecimento e o aprofundamento sobre as possibilidades de intervenção no cotidiano do atendimento e da gestão de serviços de saúde, com foco no enfrentamento da violência.

O tema da violência e saúde tem como base a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, aprovada pela Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001, e implementada em todo território nacional. A necessidade de capacitação de profissionais da saúde na área é crescente, e tem sido uma demanda das gerências dos serviços e dos trabalhadores da rede pública de atenção.

Este livro, organizado por pesquisadoras do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/ENSP) e publicado pela Editora Fiocruz, em parceria com a Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca/Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância (ENSP/ CDEAD), compartilha ideias e reflexões acerca dos tipos de violência que acometem a população brasileira e seus impactos na saúde das pessoas. Reafirma, assim, o compromisso institucional e a contribuição social da Fundação Oswaldo Cruz com o fortalecimento do Sistema Único de Saúde brasileiro e com a saúde da população em geral.

Impactos da Violência na Saúde

Kathie Njaine
Simone Gonçalves de Assis
Patricia Constantino
Joviana Quintes Avanci
(orgs.)

NJAINE, K., ASSIS, S.G., CONSTANTINO, P., and AVANCI, J.Q., eds. *Impactos da Violência na Saúde* [online]. 4th ed. updat. Rio de Janeiro: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2020. ISBN: 978-65-5708-094-8. https://doi.org/10.7476/9786557080948.

Impactos da Violência na Saúde

Kathie Njaine
Simone Gonçalves de Assis
Patricia Constantino
Joviana Quintes Avanci
Organizadoras

4ª edição atualizada

1ª edição – 2007 | 2ª edição – 2009 | 1ª reimpressão da 2ª edição – 2010 | 3ª edição – 2013 | 1ª reimpressão da 3ª edição – 2014 | 4ª edição atualizada – 2020

SUPERVISÃO EDITORIAL
Maria Leonor de M. S. Leal
Tatiane Nunes

CONSULTORIA TÉCNICO-CIENTÍFICA
Cláudia Araújo de Lima
Edinilsa Ramos de Souza
Maria Cecília de Souza Minayo

REVISÃO METODOLÓGICA
Cleide Figueiredo Leitão
Henriette dos Santos
Rodrigo Alcântara
Suely Guimarães Rocha (*in memoriam*)

REVISÃO EDITORIAL/TIPOGRÁFICA
Christiane Abbade
Simone Teles

REVISÃO E NORMALIZAÇÃO
Alda Maria Lessa Bastos
Fátima Cristina L. dos Santos
Hynajara Boueris da Silva
Maria Auxiliadora Nogueira
Maria José de Sant’Anna
Sonia Kritz

PROJETO GRÁFICO
Jaime Vieira
Jonathas Scott

ILUSTRAÇÕES
Edvaldo Jacinto Correia

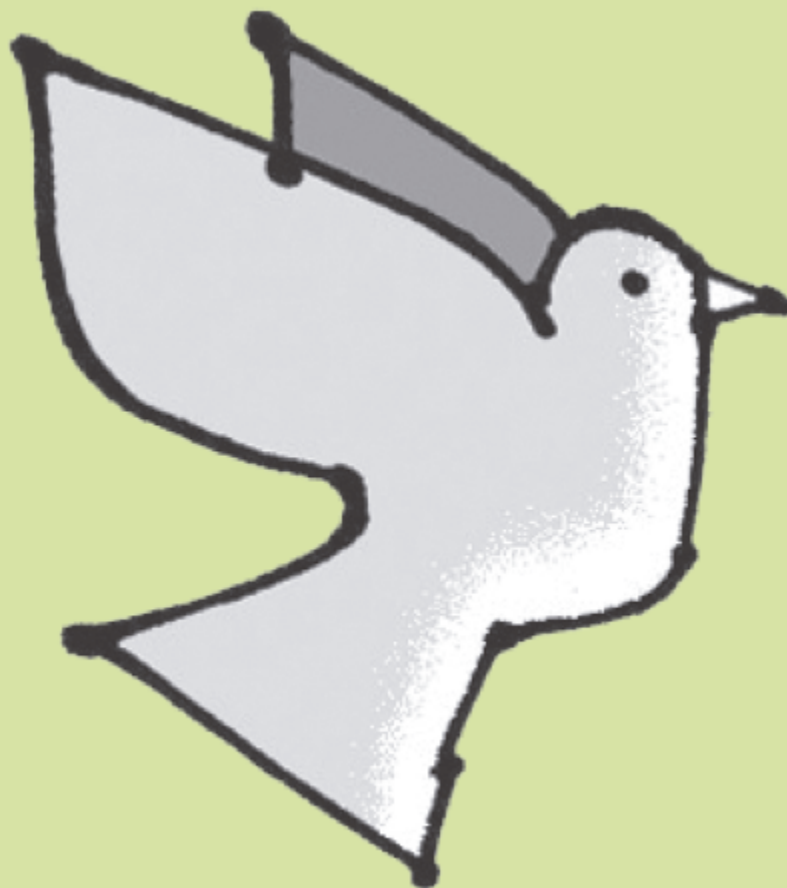
EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E TRATAMENTO DE IMAGEM
Rejane Megale Figueiredo

Catalogação na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

I34i

Impactos da Violência na Saúde. [livro eletrônico]/ organizado por Kathie Njaine... [et al.] – 4.ed. atualizada – Rio de Janeiro, RJ: Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, ENSP, Fiocruz, 2020.
6.662 Kb; EPUB: il.

ISBN: 978-65-5708-094-8

1. Violência - história. 2. Violência - prevenção & controle.3.Violência Doméstica. 4. Saúde Pública. 5. Causas Externas.6.Vulnerabilidade. 7. Promoção da Saúde. I. Njaine, Kathie (Org). II.Assis, Simone Gonçalves de (Org.). III. Constantino, Patricia.(Org.). IV. Avanci, Joviana Quintes (Org.). V. Título.

Todos nós brasileiros somos carne da carne daqueles pretos e índios supliciados. Todos nós brasileiros somos, por igual, a mão possessa que os supliciou. A doçura mais terna e a crueldade mais atroz aqui se conjugaram para fazer de nós a gente sofrida que somos e a gente insensível e brutal, que também somos. Descendentes de escravos e de senhores de escravos seremos sempre servos da malignidade destilada e instalada em nós, tanto pelo sentimento da dor intencionalmente produzida para doer mais, quanto pelo exercício da brutalidade sobre homens, sobre mulheres, sobre crianças convertidas em pasto de nossa fúria.

A mais terrível de nossas heranças é esta de levar sempre conosco a cicatriz de torturador impressa na alma e pronta a explodir na brutalidade racista e classista. Ela é que incandesce, ainda hoje, em tanta autoridade brasileira predisposta a torturar, seviciar e machucar os pobres que lhes caem às mãos. Ela, porém,

provocando crescente indignação nos dará forças, amanhã, para conter os possessos e criar aqui uma sociedade solidária.

Darcy Ribeiro

Autores

Adalgisa Peixoto Ribeiro
Fisioterapeuta; doutora em ciências. Professora da Faculdade de Medicina pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), desde 2018; professora colaboradora do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Claves/ENSP/Fiocruz) de 2006 a 2017.

Amaro Crispim de Souza
Filósofo pelo Instituto de Filosofia e Ciências Sociais da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); mestre em filosofia pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj); especialista em saúde do idoso.

Ana Lúcia Ferreira
Médica; doutora em ciências pela ENSP/Fiocruz. Professora associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ; membro do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Anna Tereza Miranda Soares de Moura
Médica pediatra; doutora em epidemiologia pelo Instituto de Medicina Social (IMS/Uerj). Professora associada do Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da Uerj, Professora titular do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá (Unesa).

Bruno Costa Poltronieri
Terapeuta ocupacional; mestre em saúde pública pela

ENSP/Fiocruz; especialização em psicogeriatria pelo Instituto de Psiquiatria (Ipub/UFRJ) e em saúde da pessoa idosa pela Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde (UnA-SUS). Docente do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio de Janeiro (IFRJ).

Camila Alves Bahia
Enfermeira; doutora em saúde pública pela ENSP/Fiocruz; mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Estudos em Saúde Coletiva (Iesc/UFRJ); consultora técnica da Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (MS).

Carlos Eduardo Zuma
Psicólogo; especialista em psicologia cognitiva e terapia de família pela UFRJ; especialista em gestão de iniciativas sociais pelo Laboratório de Tecnologia e Desenvolvimento Social da Instituto Alberto Luiz Coimbra de Pós-Graduação e Pesquisa de Engenharia (LTDS/ Coppe/UFRJ). Co-fundador do Instituto Noos de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais; membro da Ashoka Empreendedores Sociais e da Rede Folha de Empreendedores Socioambientais; membro honorário do Women Change Makers pela The Womanity Foundation eleito em 2014.

Carmem Regina Delziovo
Enfermeira; doutora em saúde coletiva; mestre em ciências da saúde humana. Atua na Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina.

Caroline Schweitzer de Oliveira
Enfermeira; mestre em saúde coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) (2015); especialista em educação sexual pela Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc) (2005); especialista em desenvolvimento

gerencial de Unidade Básica de Saúde do SUS (2008); especialista em saúde pública pela Escola de Saúde Pública Professor Osvaldo de Oliveira Maciel (2010). Participa do grupo de pesquisa de violência e saúde do Departamento de Saúde Coletiva da UFSC. Foi coordenadora da Rede de Atenção à Violência Sexual de Florianópolis e Coordenadora Municipal da Saúde da Mulher. Também atuou na Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres do MS. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis.

Cheila Marina de Lima
Enfermeira obstetra; especialização em gestão de sistemas e serviços de saúde na Universidade Federal de Goiás (UFG); especialista em saúde pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia e Secretaria Estadual de Saúde de Goiás. Consultora do MS para vigilância e prevenção de violências e acidentes. Coordenou a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes do MS, de 2012 a 2018.

Cláudia Araújo de Lima
Pedagoga; doutora e mestre em saúde pública. Professora da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) no Curso de Pedagogia, Programa de Pós-Graduação em Educação – Educação Social (PPGE) e Programa de Pós-Graduação em Estudos Fronteiriços – Campus do Pantanal. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares (Nepi/Pantanal).

Corina Helena Figueira Mendes
Psicóloga e advogada; doutora em ciências da saúde pelo Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

Cristiane Batista Andrade
Enfermeira com bacharelado e licenciatura; pós-doutora em

enfermagem e doutora em educação pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp/SP). Pesquisadora em saúde pública do Claves/ENSP/Fiocruz. Líder do grupo de pesquisa Saúde do Corpo, Gênero e Gerações do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológicoa (CNPq).

Edinilsa Ramos de Souza
Psicóloga; doutora em ciências pela ENSP/Fiocruz. Pesquisadora do Claves/ENSP/Fiocruz.

Fátima Gonçalves Cavalcante
Psicóloga; doutora em ciências. Pesquisadora da área de violência. Foi professora do mestrado em psicanálise, saúde e sociedade na Universidade Veiga de Almeida (UVA).

Joviana Quintes Avanci
Psicóloga; doutora com doutorado-sanduíche pelo IFF/Fiocruz e Cambridge University; mestre em saúde da mulher e da criança pelo IFF/Fiocruz. Pesquisadora do Claves/ENSP/Fiocruz. Atua em pesquisas na área de saúde mental e violência contra a criança e o adolescente.

Kathie Njaine
Comunicóloga; doutora em saúde pública pela ENSP/Fiocruz. Pesquisadora do Claves/ ENSP/Fiocruz. Atua em pesquisas na área de informação, mídia e violência, violência e juventude e avaliação de programas e serviços.

Liana Wernersbach Pinto
Nutricionista; pós-doutora pelo London School of Hygiene and Tropical Medicine, no Reino Unido; doutora em engenharia biomédica pela Coppe/UFRJ. Pesquisadora do Claves/ENSP/Fiocruz.

Ludmila Fontenele Cavalcanti
Assistente social e advogada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ); pós-doutora em saúde coletiva na Universidade de Fortaleza (2014); doutora em ciências da saúde pela Fiocruz (2004); mestre em serviço social pela PUC-RJ (1998). Docente do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Ações em Políticas Públicas, Identidades e Trabalho da Escola de Serviço Social (Nuppit/ESS/UFRJ) e da linha de pesquisa estudos avançados em violências, direitos sexuais e reprodutivos, gênero e políticas públicas.

Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas
Enfermeiro; doutor em ciências médicas pela Unicamp; mestre em ciências e saúde pela Universidade Federal do Piauí (UFPI); especialista em epidemiologia pela UFG, em saúde pública pela UFPI e em formação pedagógica em educação profissional na área de saúde pela ENSP/Fiocruz. Professor do Departamento de Medicina Comunitária e Subcoordenador do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comunidade da UFPI.

Marcos Nascimento
Psicólogo, doutor em saúde coletiva pelo IMS/Uerj. Pesquisador e docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher do IFF/Fiocruz.

Maria Cecília de Souza Minayo
Socióloga; antropóloga; doutora em saúde pública. Pesquisadora titular da Fiocruz. Coordenadora científica do Claves/ENSP/Fiocruz.

Maria Luiza Carvalho de Lima
Médica; PhD. Docente/pesquisadora do Departamento em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Coordenadora do Laboratório de Estudos de

Violência e Saúde do Instituto Aggeu Magalhães (Fiocruz-PE).

Marta Maria Alves da Silva
Médica do Hospital das Clínicas da UFG e da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia; mestre pela Unicamp e pela Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health; especialista pela Faculdade São Camilo/Universidade São Francisco. Docente convidada do Programa de Pós-Graduação Promoção de Saúde e Prevenção da Violência da Faculdade de Medicina da UFMG. Coordenou a Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes e a Coordenação-Geral de Vigilância e Prevenção de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde do MS.

Miriam Schenker
Psicóloga e terapeuta de família. Doutora em ciências pelo IFF/Fiocruz. Pesquisadora colaboradora do Claves/ENSP/Fiocruz na área de violência familiar sob a ótica sistêmica e de violência, família e uso de drogas.

Nádia Degrazia Ribeiro
Psicóloga da Superintendência de Administração Penitenciária e do Hospital Infantil Ismélia Silveira, no Rio de Janeiro. Coordenadora do Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violência do município de Duque de Caxias/RJ.

Olga Maria Bastos
Médica do Instituto Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), com experiência no atendimento a adolescentes em situação de violência; doutora cuja tese foi sobre adolescentes com deficiência mental. Membro do Núcleo de Apoio aos Profissionais (NAP/IFF/Fiocruz), que atende crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos.

Patricia Constantino
Psicóloga; doutora em saúde pública pela ENSP/Fiocruz. Pesquisadora do Claves/ENSP/Fiocruz.

Paulo Amarante
Médico; doutor em saúde pública pela ENSP/Fiocruz. Professor e pesquisador titular da ENSP/Fiocruz. Atua na área de psiquiatria nos temas reforma psiquiátrica, filosofia da ciência, saúde mental, instituições de saúde e história da psiquiatria.

Renata Pires Pesce
Psicóloga; doutora em saúde coletiva pela ENSP/Fiocruz; mestre em saúde da mulher e da criança pelo IFF/Fiocruz. Pesquisadora. Atuou como pesquisadora colaboradora no Claves/ENSP/Fiocruz.

Romeu Gomes
Licenciado em psicologia e sociologia; especialista em Projetos do Hospital Sírio-Libanês. Editor-Chefe da *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. Pesquisador titular do IFF/Fiocruz.

Rosana Morgado
Assistente social; pós-doutora pela Universidade de Hertfordshire/Inglaterra; doutora em sociologia pela PUC-SP. Professora da Escola de Serviço Social (ESS/UFRJ). Coordenadora e pesquisadora do Núcleo de Estudos e Trabalhos sobre Família, Infância e Juventude (Netij/ESS/UFRJ).

Simone Gonçalves de Assis
Médica; pós-doutora pela Cornell University, nos Estados Unidos; doutora em ciências pela ENSP/Fiocruz. Pesquisadora do Claves/ENSP/Fiocruz.

Simone Gryner
Psicanalista; especialista em psicologia clínica e em violência doméstica pela PUC-RJ. Supervisora clínica do Núcleo de Atenção à Violência (NAV/UFRJ).

Suely Ferreira Deslandes
Socióloga; doutora em ciências pela ENSP/Fiocruz. Pesquisadora do IFF/Fiocruz e do Claves/ENSP/Fiocruz.

Viviane Manso Castello Branco
Pediatra e hebiatra; mestre em saúde coletiva pela UFRJ; especialista em violência doméstica pela Universidade de São Paulo (USP). Professora de medicina social na Escola de Medicina Souza Marques (EMSM) e médica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Organizadoras

Kathie Njaine

Simone Gonçalves de Assis

Patricia Constantino

Joviana Quintes Avanci

Table of Contents / Sumário / Tabla de Contenido

Prefácio

Criada no início do século passado, a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) comemora em 2020 seus 120 anos com avanços e desafios na área da saúde pública. Certamente, um dos grandes desafios de saúde das últimas décadas no Brasil e no mundo tem sido a violência e seus impactos sob a vida dos indivíduos e das populações. Desde a década de 1990, esse tema é objeto de preocupação e vem sendo incluído na agenda de prioridades das organizações internacionais do setor saúde.

No Brasil, a mortalidade por causas externas ocupa hoje o 4º lugar na mortalidade em geral e a magnitude dos homicídios e acidentes de transportes terrestres são os principais responsáveis por esses óbitos, além dos suicídios. Em 2017, segundo os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade do Ministério da Saúde (SIM/MS), ocorreram 158.657 óbitos por causas externas no país. Esses óbitos têm ceifado principalmente a vida de homens jovens e deixado marcas difíceis de cicatrizarem nas famílias e na sociedade.

As consequências dos eventos violentos não fatais graves ocasionam diversos problemas na saúde física e mental das vítimas e na sua capacidade produtiva. Investigações demonstram que ser vítima de violências física, psicológica e sexual pode propiciar o desencadeamento de doenças crônicas como as cardiovasculares e transtornos mentais, por exemplo.

A magnitude dos óbitos por causas externas, bem como o número de indivíduos que em decorrência das violências passam a conviver com os traumas, lesões e incapacitações sobrecarregam o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus profissionais, demandando capacidade de fortalecimento

das ações de vigilância, acolhimento, prevenção e articulação com as redes de cuidado.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (Portaria GM/MS n. 737, de 16 de maio de 2001) ressalta a relevância do tema para a saúde pública e a importância da prevenção das violências, por meio do Ministério da Saúde e da articulação de ações intersetoriais com estados e municípios brasileiros. Desde sua promulgação, diversas experiências com foco na proteção e promoção da saúde de pessoas em situação de violência vêm se consolidando no país, impulsionadas e protagonizadas por profissionais que vêm se capacitando para o diagnóstico, atendimento e encaminhamento dos casos de violência.

Neste sentido, o Departamento de Estudos sobre Violência em Saúde Jorge Careli (Claves) e a Coordenação de Desenvolvimento Educacional e Educação a Distância (CDEAD), ambos da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz), em parceria há quinze anos com o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde (SAPS), vêm oferecendo cursos para apoiar a formação de gestores e profissionais do SUS na atenção a pessoas em situação de violência.

A publicação da quarta edição do livro *Impactos da Violência na Saúde* demonstra o compromisso dessas equipes no enfrentamento das violências no país e vem somar às ações e desafios de saúde da Fiocruz nesses seus 120 anos.

Nísia Trindade Lima
Presidente da Fundação Oswaldo Cruz

Apresentação

Prezado(a) leitor(a),

Hoje, no Brasil, a violência vitima mais pessoas que o câncer, a Aids, as doenças respiratórias, metabólicas e infecciosas. Ela se constitui em uma das principais causas de mortalidade geral e na primeira causa de óbito da população de 1 a 49 anos de idade.

Para que se tenha ideia da devastação humana que a violência provoca, seja pela perda de vidas, seja pelas lesões físicas e morais que impinge a suas vítimas, ressaltamos que, nos últimos dez anos, 553 mil brasileiros morreram por homicídios, que é o principal indicador do grau de violência de uma sociedade. Em 2016 somente, 62.517 vidas foram ceifadas por agressões e intervenções legais, que são as mortes que ocorrem em confronto com as forças policiais.

A violência vem fazendo parte da acentuada mudança no perfil de morbimortalidade nacional desde a década de 80, do século passado, quando as doenças infecciosas deram lugar às enfermidades crônicas e degenerativas e aos agravos típicos dos estilos de vida. No entanto, e apesar da indiscutível evidência dos dados nacionais sobre o impacto desse problema social na qualidade de vida da população brasileira, ainda é escassa a consciência dos gestores do setor sobre a gravidade da situação e sobre o importante papel que a área da saúde pode desempenhar. Em 2002, a Organização Mundial da Saúde (OMS), num gesto histórico, publicou um Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, abrangendo seus mais diferentes aspectos, os mais variados grupos afetados e propostas de atuação. Ademais, essa Organização Internacional colocou este problema como uma das cinco prioridades para as Américas nos anos iniciais do século XXI.

No caso brasileiro, em 16 de maio de 2001, o Ministro da Saúde promulgou a Portaria MS/GM n. 737, denominada Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, oficializando e legitimando uma proposta de enfrentamento do problema pelo setor. Após a formulação dessa política, cujo principal efeito foi legitimar e integrar ações que vinham sendo realizadas com muita competência, planos de ação e vários documentos de normalização vêm sendo formulados e implantados.

Desta forma, entendemos que este livro se insere em metas internacionais da OMS e responde a diretrizes da Política Nacional. Vem somar-se aos esforços de internalização da problemática e de seu enfrentamento pelo setor e, por isso, nele compartilhamos com você o resultado de muitos anos de experiência, de reflexão e de atuação diante do tema em pauta. Conjugamos esforços de diversas instituições governamentais e não governamentais no país, que com seus profissionais vêm acumulando experiência na atenção a pessoas em situação de violência; o conhecimento do Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves/ENSP/Fiocruz), que desde 1989 atua na área de pesquisa, ensino e assessoria sobre o assunto; o Ministério da Saúde, por meio da atuação da Secretaria de Vigilância em Saúde/Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e da Secretaria de Atenção Primária à Saúde.

O livro está estruturado em três partes, divididas em capítulos, num total de vinte. A primeira trabalha os fundamentos da violência em suas várias expressões e classificações, definindo-a como histórica, social, cultural, subjetiva, complexa e polissêmica. Os textos desta parte inicial evidenciam conceitos, dados e diferentes interpretações. Apresentam uma multiplicidade de visões sobre o problema, já que não há uma visão positivista única que lhe dê resposta e tenha pretensões de verdade. Nesta primeira parte, apresentamos dados que mostram ser

preconceituosa a ótica muito comum na sociedade brasileira, segundo a qual, a violência é um atributo dos pobres ou é um problema de origem biológica. Também mostramos que é cientificamente errôneo infligir maus-tratos e abusos às crianças em nome de uma pedagogia educacional. Isso prejudica seu crescimento e desenvolvimento e, ao contrário do que muitas vezes imaginamos, a violência praticada contra elas alimenta a violência social e vice-versa. Também abordamos a magnitude e a complexidade dos suicídios e dos homicídios no Brasil. Assim, você verá que muitas das orientações trazidas nos textos são diametralmente opostas ao senso comum e aos preconceitos.

A segunda parte deste livro trata da atenção a pessoas em situação de violência, considerando os ciclos de vida e as condições de vulnerabilidades nos aspectos individuais e coletivos. Buscamos contribuir para uma reflexão sobre as possibilidades de ação nos vários níveis de atenção do setor saúde diante da violência (atendimento, prevenção, reabilitação e promoção de vida saudável). Acreditamos, também, que outros setores que lidam com a questão da violência possam estar alimentando-se desta discussão.

A última parte dedica-se a dialogar, de modo mais específico, com os gestores de saúde dos diversos níveis de atenção e busca trazer a reflexão realizada nos capítulos anteriores do livro para a gestão dos serviços. Seus capítulos contribuem também para que gestores de outras áreas percebam a importância da ação intersetorial e da formação de redes de atenção a pessoas em situação de violência.

Entendemos que, ao considerarmos a violência um grave problema de saúde pública, o setor saúde precisa estar em colaboração permanente com a área de educação, de segurança pública, de ação social, de urbanização, de trânsito, dentre outras.

Como fruto de um esforço comum, este livro significa mais um passo no caminho e no coroamento das várias iniciativas

anteriores, contribuindo de forma efetiva, para a incorporação do tema no âmbito do setor saúde, principalmente no Sistema Único de Saúde. Esperamos, por fim, que ele o enriqueça humanamente, pois a violência social nos concerne a todos.

As Organizadoras

I | Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde

1. Conceitos, teorias e tipologias de violência: a violência faz mal à saúde

Maria Cecília de Souza Minayo

Prezado leitor, este primeiro capítulo está relacionado a todos os outros que você encontrará neste livro. Seu objetivo é dar a você uma visão geral do conceito de violência e de sua contextualização na realidade brasileira. Portanto, como uma porta que se abre, ele apresentar-lhe-á e descreverá várias questões, sem ter a pretensão de aprofundá-las. Essa ênfase ficará por conta das outras abordagens que tratarão de questões específicas.

Para compreender e enfrentar a violência, devemos localizar a sua discussão no conjunto dos problemas que relacionam saúde, condições, situações e estilo de vida. Na maioria dos países desenvolvidos há mais tempo, e no Brasil, nos últimos 20 anos, as enfermidades infecciosas vêm cedendo lugar às doenças crônicas e degenerativas e aos agravos provocados por violências e acidentes. Esses problemas dependem, em grande parte, das condições de vida, das questões ambientais, dos avanços que estão ocorrendo na ciência e tecnologia do setor, sobretudo na biologia, e também, mas não prioritariamente, nas intervenções e nos procedimentos médicos. A esse movimento de mudança no perfil e no contexto das taxas de mortalidade e de morbidade, os estudiosos dão o nome de transição epidemiológica (BARRETO; CARMO, 1995; OMRAM, 1971).

Para refletir

Você observa alguma mudança no perfil de doenças e de saúde da população de seu município nos últimos 20 anos?

O caso da violência é exemplar para entendermos a transição que junta questões sociais e problemas de saúde. Violência não é um problema médico típico, é, fundamentalmente, um problema social que acompanha toda a história e as transformações da humanidade. No entanto, a violência afeta muito a saúde:

- ela provoca morte, lesões e traumas físicos e um sem-número de agravos mentais, emocionais e espirituais;
- diminui a qualidade de vida das pessoas e das coletividades;
- mostra a inadequação da organização tradicional dos serviços de saúde;

- coloca novos problemas para o atendimento médico; e k evidencia a necessidade de uma atuação muito mais específica, interdisciplinar, multiprofissional, intersetorial e engajada do setor, visando às necessidades dos cidadãos.

Para refletir

Você concorda com os argumentos que foram apresentados no último parágrafo?

1.1 Como conceituar a violência

Em 2002, pela primeira vez, a Organização Mundial da Saúde (OMS) se pronunciou em relação à violência de forma mais contundente do que a que vinha adotando até então, quando apenas classificava os efeitos desse fenômeno ou realizava análises e fazia recomendações esporádicas sobre o assunto. Para isso divulgou o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, no qual define o problema como:

> uso intencional da força física ou do poder real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha qualquer possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação (KRUG *et al.*, 2002, p. 5).

Muitas outras definições existem, algumas coincidentes, algumas divergentes. Por ser um fenômeno complexo e multicausal que atinge todas as pessoas e as afeta emocionalmente, a violência foge a qualquer conceituação precisa e cabal. É importante aqui distinguir os conceitos de violência e de agressividade. Em que pesem as muitas definições – e algumas delas bastante contraditórias –, podemos dizer, segundo Freud (1980), que a agressividade é um impulso nato, essencial à sobrevivência, à defesa e à adaptação dos seres humanos. Constitui-se como elemento

protetor que possibilita a construção do espaço interior do indivíduo, promovendo a diferenciação entre o Eu e o Outro. Portanto, a agressividade, ao contrário da violência, inscreve-se no próprio processo de constituição da subjetividade. A transformação da agressividade em violência é um processo ao mesmo tempo social e psicossocial para o qual contribuem as circunstâncias sociais, o ambiente cultural, as formas de relações primárias e comunitárias e, também, as idiossincrasias dos sujeitos. Colocam-se a seguir algumas de suas características discutidas por muitos autores, dentre eles Minayo (2003, 2005).

1.1.1 A violência é um fato humano e social

Não se conhece nenhuma sociedade totalmente isenta de violência. Ela consiste no uso da força, do poder e de privilégios para dominar, submeter e provocar danos a outros: indivíduos, grupos e coletividades. Há sociedades mais violentas do que outras, o que evidencia o peso da cultura na forma de solução de conflitos.

1.1.2 A violência é histórica

Cada sociedade, dentro de épocas específicas, apresenta formas particulares. Por exemplo, há uma configuração peculiar da violência social, econômica, política e institucional no Brasil, na China, na Holanda. Da mesma forma, a violência social, política e econômica da época colonial brasileira não é a mesma que se vivencia hoje, num mundo que passa por grandes transformações.

1.1.3 Há formas de violência que persistem no tempo e se estendem por quase todas as sociedades

É o caso da violência de gênero (sobretudo do homem contra a mulher), que se fundamenta nos papéis diferenciados por idade (dos adultos contra as crianças e contra os idosos), e das diferentes formas de discriminação de “raças” (dos brancos contra os negros, de outros grupos contra os judeus e atualmente contra os árabes). Essas modalidades de expressão permanecem “naturalizadas”: é como se, ao cometê-las, as pessoas julgassem que estão fazendo algo normal. Os tipos de relação anteriormente citados atravessam todas as classes e os segmentos sociais. Por isso, configuram uma modalidade de violência cultural, ou seja, um jeito próprio e típico de pensar, sentir e agir. Para mudar essa naturalização da violência é preciso atuar, intervir e, inclusive, denunciar e punir quando for o caso. As conquistas dos movimentos feministas, dos movimentos em prol da cidadania das crianças e dos adolescentes, dos movimentos dos negros e dos homossexuais estão aí para provar que é possível “desnaturalizar” as formas de reprodução da dominação, de submissão e os agravos provenientes desses fenômenos.

1.1.4 A violência abrange todas as classes e os segmentos sociais

Isso acontece, embora algumas de suas expressões sejam mais típicas dos pobres, e outras, da classe média e dos ricos. É uma falsa ideia achar que os pobres são mais violentos. Pobreza não é sinônimo de violência e prova disso é que, se fosse o caso, os estados, as cidades e os bairros brasileiros mais pobres estariam em pé de guerra e quase metade da população viveria em estado de revolta contra os mais ricos. Mas isso não ocorre. No entanto, estudiosos do assunto revelam que:

Investimento em educação formal, na universalização dos direitos políticos, sociais, individuais e específicos e na melhoria das condições de vida dos pobres e dos trabalhadores fez muito mais, historicamente, para a superação das formas graves de violência física e da violência criminal nos países da Europa, por exemplo, do que os investimentos em segurança pública estrito senso. No entanto, o papel da segurança pública no Brasil e no mundo de hoje também é fundamental (CHESNAIS, 1981).

1.1.5 A violência também está dentro de cada um

Geralmente achamos que violento é o outro. Mas estudos filosóficos e psicanalíticos mostram que a não violência é uma construção social e pessoal. Do ponto de vista social, o antídoto da violência é a capacidade que a sociedade tem de incluir, ampliar e universalizar os direitos e os deveres de cidadania. No que tange ao âmbito pessoal, a não violência pressupõe o reconhecimento da humanidade e da cidadania do outro, o desenvolvimento de valores de paz, de solidariedade, de convivência, de tolerância, de capacidade de negociação e de solução de conflitos pela discussão e pelo diálogo.

1.1.6 A violência tem solução

Por ser histórica e por ter a cara da sociedade que a produz, a violência pode aumentar ou diminuir pela força da construção social. Suas formas mais cruéis – que ocorrem nos níveis coletivos, individuais e privados – precisam ser analisadas junto com as modalidades mais sutis, escondidas e simbólicas, de forma muito profunda e aberta, para que todos possam colaborar. Afinal, todos são atores e vítimas.

Para refletir

Essa reflexão inicial trouxe alguma contribuição para você?
Com base na experiência e na vivência que possui do assunto, que pontos você destacaria?

Antes da publicação do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde da OMS, o Ministério da Saúde já havia se pronunciado sobre o assunto. Depois de longo debate com diferentes segmentos sociais a respeito da situação do Brasil, de ouvir os membros do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e dos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde, aprovou uma portaria e publicou um documento, denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência, Portaria MS/ GM n. 737 de 16/05/2001(BRASIL, 2001), visando orientar o setor quanto a sua atuação diante do problema. Para isso, ofereceu uma definição de **violência** com a qual pudéssemos operar a política e promover planos de ação nos três níveis de gestão. Essa definição praticamente coincide com a da OMS.

No documento, de forma resumida, o Ministério da Saúde:

- insere o tema da violência no marco da promoção da saúde, entendendo que o setor precisa contribuir para a universalização da cidadania e buscar atuar proativamente diante dos problemas que tornam a sociedade e os grupos específicos mais vulneráveis;
- mostra que é preciso investir na compreensão do fenômeno, para diagnosticá-lo, notificá-lo melhor e para buscar formas específicas de atuação;
- analisa a precariedade das informações sobre o tema e a excessiva subnotificação, entendendo-as como parte do reducionismo com que o modelo biomédico vinha trabalhando o tema ou, ainda, como fruto do

desconhecimento, da negação, da negligência, da falta de preparação dos profissionais e das instituições;
- reconhece que é preciso intervir na formação e na sua atuação institucional, pois frequentemente os serviços e seus profissionais são vítimas, mas, principalmente, também são atores de violência e precisam ter consciência de que contribuem com sua cota para a crueldade de que é vítima a população. Isso ocorre, sobretudo, nas relações com os mais pobres que recorrem ao Sistema Único de Saúde (SUS), quando tratam mal e burocraticamente, são insensíveis, discriminam e negligenciam cuidados;
- entende que, nos diversos níveis, o setor precisa planejar e adequar a gestão para atender às mudanças do perfil epidemiológico brasileiro. E no caso da atenção à violência, mostra que é urgente a reorganização da atenção pré-hospitalar, da emergência hospitalar e dos serviços de reabilitação;
- propõe uma filosofia e uma prática intersetoriais e articuladas com a sociedade civil;
- elabora orientações para acompanhamento e monitoramento das ações, ao mesmo tempo que elas vão sendo implantadas;
- acrescenta a definição de **acidente** à de violência. Assim o faz porque, na Classificação Internacional das Doenças (CID), violência e acidentes vêm juntos.

O interessante da associação entre a definição de violência e a de acidentes é constatar que, frequentemente, existe uma linha divisória muito tênue entre as duas categorias. Ou seja, muitos acontecimentos violentos são tidos como acidentes, o que leva à sua banalização. É o caso, por exemplo, das mortes e dos traumas que ocorrem no trânsito. Considerando a dificuldade de estabelecer o caráter de intencionalidade dos acidentes, no seu documento oficial, o Ministério da Saúde entende que, tanto

os dados como as interpretações referentes a eles comportam sempre certo grau de imprecisão. Ou seja, para nós, é difícil dizer ou ter certeza de que eles realmente são violências que poderiam ser evitadas (por exemplo, pela abstenção de bebidas ou por seguir as regras do Código Nacional de Trânsito) ou fatalidades totalmente fora de controle ou de previsão.

Para refletir

Qual a sua visão sobre a comum associação entre as definições de violência e de acidentes?

Os acidentes e violências configuram assim um conjunto de eventos e lesões que podem ou não levar a óbito, reconhecidos na CID como causas externas.

> Na CID, a categoria “causas externas” inclui os homicídios, os suicídios e os acidentes (de todas as espécies, mas os que mais vitimam a população são os de transporte e de trânsito). Nos traumas que provocam enfermidades ou incapacidades a OMS inclui as lesões físicas e psíquicas, os envenenamentos, os ferimentos, as fraturas, as queimaduras e as intoxicações.

1.2 Como conceituar os acidentes violentos que mais afligem os brasileiros

São muitos os tipos de acidentes que, como visto anteriormente, matam, causam lesões e traumas. A maioria poderia ser prevenida. Isso leva os estudiosos e a sociedade a questionarem até que ponto muitos dos acidentes seriam eventos “sem intencionalidade”. A seguir se discorre sobre

três tipos mais comuns: os acidentes de trânsito, os acidentes de trabalho e os acidentes domésticos.

1.2.1 Acidentes de trânsito

Esses eventos violentos matam cerca de 25 a 30 mil brasileiros por ano, e entre 250 mil e 300 mil pessoas sofrem lesões mais ou menos graves que demandam gastos públicos, custos sociais e geram incapacitações. Mas esse quadro pouco comove a população.

Para refletir

Será que há menos mortes por atropelamento e colisão de veículos do que por câncer ou consequências da Aids, doenças que tanto mobilizam a sociedade? Pense no seu estado e no seu município.

Em vários países, as perdas de vida humana no trânsito estão cada vez mais controladas. Algumas nações, como a Suécia, conseguiram colocar como meta morte zero no trânsito. Todos os estudiosos desse assunto são unânimes em mostrar que esse tipo de meta depende de vários fatores, dentre os quais alguns são destacados a seguir.

Problemas de engenharia e conservação de estradas e ruas

Buracos, defeitos nas pistas, pontos de cruzamento perigosos (onde se sucedem mortes e acidentes) podem e devem ser detectados e corrigidos, por vigilância constante. Hoje, as estradas brasileiras de intensa circulação são verdadeiras pistas de morte, pela sua má conservação. Mas dentro das cidades grandes e pequenas, gestores responsáveis deveriam estar muito mais atentos aos chamados pontos críticos, para melhorar seu estado e

sinalização. É possível, com medidas práticas e pouco custosas, criar condições locais para que diminuam substancialmente as mortes e as incapacitações devidas ao trânsito. O setor saúde pode ajudar muito quando se articula com as secretarias de transporte para estabelecer um plano de respeito à vida, de modo que as pessoas não sejam mortas ou traumatizadas por questões que podem ser resolvidas com intervenção do poder público.

Para refletir

Como está a situação do trânsito em seu município? As ruas são bem sinalizadas?
Existe algum ponto onde ocorrem mais acidentes?
Alguma estrada ou via expressa atravessa a localidade?
Você já havia pensado que os profissionais da saúde, por meio da vigilância e análise das informações, poderiam se articular com outros setores e prevenir a ocorrência de acidentes?

Problemas de desenho e segurança dos veículos

Deveria existir responsabilidade compartilhada entre empresas, oficinas mecânicas e motoristas para tornar o trânsito e os transportes mais seguros. Faz parte da consciência social manter os carros em boas condições de direção. E os poderes públicos têm obrigação de não transigir em projetos e situações que, para baratear custos, deixam os cidadãos em risco de morte.

Problemas dos motoristas

A maioria dos acidentes com mortes e incapacitações tem, na sua causalidade, os seguintes fatores associados: o consumo de álcool (em mais 50% dos casos), sonolência (já está provado cientificamente que ninguém consegue

controlar o sono), falta de respeito a sinais, brigas de trânsito e excesso de velocidade. A educação dos motoristas para evitar os problemas que os deixam mais vulneráveis e para respeitar os pedestres é crucial. Há muito sabemos de tudo isso no Brasil e pouco conseguimos mudar. O setor saúde, pela consciência do problema, já está intervindo e utiliza, para projetos de prevenção, a parte que lhe toca nos recursos do DPVAT (seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres).

Problemas de pedestres

Os pedestres não são os principais responsáveis pelos acidentes e violências no trânsito, mas no Brasil são as maiores vítimas, dentre as quais se destacam crianças e idosos. A educação para o trânsito, cada vez mais, tem que fazer parte das habilidades de qualquer cidadão. No caso dos idosos, as autoridades precisam levar em conta o crescimento dessa população e sensibilizar e orientar motoristas e a comunidade para compreender e respeitar suas limitações, como maior lentidão, perda de visão e de audição. Quando entram nos veículos públicos, é preciso esperá-los e ajudá-los a se acomodar. Estudos mostram que a terça parte desse grupo, quando sofre queda ou atropelamento, morre imediatamente ou, como consequência do acidente, no primeiro ano a seguir.

O Código Nacional de Trânsito, aprovado em 1998, não é perfeito, mas é considerado muito bom por todos os especialistas. São necessárias divulgação e sensibilização para que ele seja praticado. Também é importante que haja repressão aos transgressores, pois muitos cometem verdadeiros “homicídios” pela falta total de respeito à vida do outro. O abuso de álcool ou outras drogas, o excesso de velocidade e o sono reprimido são três ingredientes explosivos nos acidentes fatais e com lesões graves. Em

muitas cidades, sobretudo os jovens, nos embalos das madrugadas, costumam desdenhar esses três fatores: nesse grupo social se concentra boa parte das mortes prematuras por causas externas.

Para refletir

Você já observou como os pedestres de seu município se comportam nas vias públicas e nas travessias? Que grupos são as maiores vítimas dos acidentes de trânsito na localidade?

1.2.2 Violência e acidentes de trabalho

As fontes de informação sobre esse tipo de problema estão cada vez mais imprecisas, pois sabemos que, hoje, a maioria da população (mais de 53%) trabalha na informalidade. Em termos gerais, os estudos mostram que o número de mortes de trabalhadores do mercado formal está diminuindo enquanto o número dos que sofrem lesões e traumas está aumentando. É interessante observar dois fatos sobre esse problema:

- o grupo que apresenta maior número de vítimas é o da construção civil, em que muitos operários trabalham sob pressão, sem equipamentos de proteção e sem direitos sociais. O segundo grupo é dos motoristas que morrem ou se acidentam em serviço, pelos motivos já aludidos na parte do texto que tratou do trânsito;
- o segundo ponto a ser observado é que, cada vez mais, existe uma convergência entre violência social e violência no trabalho. Os estudos na área mostram que os trabalhadores rurais e urbanos estão morrendo principalmente por homicídios e acidentes de trânsito (MINAYO-GOMEZ; LACAZ, 2005).

Dentre as várias formas de violência e acidentes de trabalho, você poderá conhecer um pouco mais sobre essa expressão da violência no Capítulo 15, da parte II, que aborda a questão entre os trabalhadores da saúde e educação.

1.2.3 Acidentes domiciliares

Embora sejam muitas as modalidades desse problema, chamamos atenção para os dois tipos principais:

- envenenamentos por produtos de limpeza, principalmente por parte de crianças que ingerem detergentes e sabão em pó, entre outros;
- quedas de pessoas idosas provocadas por pisos inadequados para suas condições físicas, móveis inseguros, ausência de barras de apoio, entre outros fatores.

Ambos os problemas se relacionam, quase sempre, ao descaso, às negligências e às privações de cuidados por parte dos adultos.

1.3 A persistência da violência na vida social

A violência não se manifesta apenas na morte por agressão física ou por acidente de trânsito: essa é sua forma mais cruel porque aniquila a vida. Mas há modalidades de atuação que provocam danos à própria pessoa, a outrem e à sociedade. Elas estão presentes na vida social brasileira, reproduzindo-se nas estruturas, nas relações e nas subjetividades, de maneira insidiosa e persistente.

Para refletir

Antes de continuar a leitura, procure identificar, com base na sua experiência, os tipos de ação ou relação que provocam danos para a sua vida pessoal e para a comunidade em que você vive.

Violência e acidentes nas áreas urbanas

Quando olhamos os dados de morbimortalidade por violência no Brasil, descobrimos que a maioria dos óbitos e das lesões e traumas (cerca de 80%) ocorre nas cidades e, sobretudo, se deve à existência de grupos de delinquência comuns ou vinculados ao tráfico de drogas, a agressões interpessoais e a acidentes de trânsito e de transporte. Um fator muito importante na produção da violência que se concentra nas cidades são as armas de fogo, que, pouco a pouco, em todo o território nacional, foram substituindo as peixeiras, as armas brancas: em 2005, 90% dos homicídios foram cometidos com uso desse tipo de arma.

Existe uma concentração da mortalidade por violências nas cidades brasileiras com mais de 100 mil habitantes: em cerca de 27 municípios que correspondem a 1% da totalidade, mas que possuem 25% da população do país, ocorreram 50% das mortes violentas no ano 2000 (data tomada como exemplo, pois, como vimos, as taxas são mais ou menos permanentes e altas). Os 224 municípios com mais de 100 mil habitantes concentraram, naquele ano, 62,1% de toda a mortalidade por causas externas do país (SOUZA; MINAYO, 2005).

1.4 Tipos de manifestações que provocam sérias consequências para a vida pessoal e social

1.4.1 Violência criminal

A violência criminal é praticada por meio de agressão grave às pessoas, por atentado à sua vida e aos seus bens e constitui objeto de prevenção e repressão por parte das forças de segurança pública: polícia, ministério público e poder judiciário. Dentre os problemas criminais gravíssimos, hoje, no Brasil, temos as gangues e as redes de exploração sexual que atuam, sobretudo, vitimando crianças e adolescentes e se espalham por todo o país; o tráfico de seres humanos; a exploração do trabalho escravo, a exploração do trabalho infantil e juvenil; o tráfico de drogas; o tráfico de armas. Todos esses problemas frequentemente juntam pessoas que agem fora da lei com pessoas e instituições aparentemente honestas e dignas, atuando na busca do lucro dos negócios e apostando na impunidade.

Existem delinquentes pobres e ricos, embora a sociedade tenda a ver apenas os pobres como criminosos. Frequentemente os crimes dos ricos são mais sutis e cometidos com o uso de poder e dinheiro, para obtenção de mais poder, mais dinheiro e submissão de mais pessoas. Poucos deles são apanhados e punidos. Os pobres, ao contrário, lotam as delegacias e penitenciárias públicas.

Os fatores que potencializam o aumento da violência criminal são, principalmente, corrupção e impunidade: a sensação de que o crime compensa cria na sociedade um sentimento de impotência e alimenta o clima de desconfiança em relação à legalidade, aos políticos e à política. Na situação brasileira hoje se destaca um tipo de delinquência organizada em torno do crime internacionalizado de tráfico de drogas e de armas. Suas maiores ocorrências não estão nas áreas mais pobres e sim nas regiões mais dinâmicas onde se processa a atividade econômica. Mas esse tipo de violência inclui também os pobres que vivem nos municípios ricos. Sem emprego e sem

condições de empregabilidade, muitos deles se engajam nos projetos de comercialização de armas e drogas, a troco de um salário, para eles, vantajoso. Entram nos conflitos, na linha de frente dos combates, sobretudo visando ao acesso imediato a bens de consumo fugazes e caros. Esses jovens fazem parte do grupo que mais morre e perde a vida precocemente, alimentando as estatísticas policiais e das penitenciárias.

Para refletir

Existe investimento municipal na formação dos jovens pobres de sua cidade?

Como está a questão do emprego para esses jovens?

As principais formas de violência que ocorrem em sua cidade atingem principalmente os jovens ou outros grupos?

1.4.2 Violência estrutural

Diz respeito às mais diferentes formas de manutenção das desigualdades sociais, culturais, de gênero, etárias e étnicas que produzem a miséria, a fome, e as várias formas de submissão e exploração de umas pessoas pelas outras. Mais cruel é a violência que mantém a miséria de grande parte da população do país. Todos os autores que estudam o fenômeno da miséria e da desigualdade social mostram que sua naturalização o torna o chão de onde brotam várias outras formas de relação violenta.

Por exemplo, alguém duvida que crianças vivendo, mendigando ou aprendendo a roubar e a delinquir nas ruas, que a praga da exploração sexual e da exploração do trabalho infantil têm raiz na miséria material e moral a que é submetida parcela importante da população?

Essa discriminação se manifesta também em uma mentalidade de criminalização dos pobres. Alguns estudos

brasileiros, realizados por pesquisadores em diferentes localidades, têm demonstrado que em torno de 70% dos jovens mortos por policiais ou executados por membros de gangues nas áreas urbanas não têm antecedentes criminais: são pessoas que atuam no mercado informal ou, simplesmente, estudantes. São pobres que passam por uma segunda seleção social, já que a primeira acontece, para os segmentos populares, pela mortalidade infantil (SOUZA; MINAYO, 2005).

Dentre os diversos tipos de violação dos **direitos humanos**, a tortura é um ato de violência intensa que ameaça gravemente a integridade física e mental de toda e qualquer pessoa. Dentre essas pessoas estão os presos, os refugiados ou em medida de segurança. A tortura perpassa vários tipos de violência, com destaque para a violência institucional e criminal.

1.4.3 Violência institucional

É aquela que se realiza dentro das instituições, sobretudo por meio de suas regras, normas de funcionamento e relações burocráticas e políticas, reproduzindo as estruturas sociais injustas. Uma dessas modalidades de violência ocorre na forma como são oferecidos, negados ou negligenciados os serviços públicos. Os serviços de saúde, de seguridade social e de segurança pública são os principais exemplos dados pela própria população quando se refere à violência institucional: a maior parte das queixas dos idosos, quando comparecem às delegacias de proteção, é contra o INSS e os atendimentos na rede do SUS. E os jovens reclamam principalmente das forças policiais que os tratam como se fossem “criminógenos”, ou pelo fato de serem jovens ou por serem pobres. No caso do setor saúde, a tentativa de criar um programa transversal de humanização do SUS, em última instância, é o reconhecimento de que a tendência da instituição e dos profissionais é a

burocratização ou a tecnificação. Essas falhas se apresentam na despersonalização dos pacientes e na substituição de uma relação dialógica por exames e procedimentos que transformam o setor saúde em produtor de violência contra os usuários.

A Lei brasileira n. 9.455, de 7 de abril de 1997, define e penaliza os crimes de tortura. O Programa Nacional dos Direitos Humanos também aprofunda esse tema.

Para refletir

Na instituição na qual você trabalha, há alguma forma de violência institucional?

Que sintomas de burocratização e impessoalidade mais fazem sofrer os pacientes e seus familiares?

1.4.4 Violência interpessoal

A violência é, principalmente, uma forma de relação e de comunicação. Quando essa interação ocorre com prepotência, intimidação, discriminação, raiva, vingança e inveja, costuma produzir danos morais, psicológicos e físicos, inclusive morte. Devemos distinguir entre conflito e violência. O conflito sempre existiu nas relações entre casais, entre pais e filhos, entre vizinhos, entre chefes e subordinados, por exemplo.

O conflito não é ruim: ele faz parte das relações sociais e humanas. O problema é transformar o conflito em

intransigência, exigindo que o outro (seja ele filho, mulher, marido, companheiro, colega, subalterno, classe, grupo social ou país) se cale e se anule, usando autoritarismo, maus-tratos, ameaças ou provocando sua morte.

Portanto, o que é grave no caso das interações entre as pessoas é a incapacidade de resolver conflitos por meio da conversa, da explicitação civilizada de pontos de vista diferentes, da compreensão das razões de cada uma das partes, buscando, pela negociação, uma saída pacífica para os problemas. O crescimento das taxas de morte e de internação por violência em hospitais públicos mostra um processo de exacerbação das relações sociais – das formas violentas de resolver conflitos – entre os brasileiros. Sabemos que grande parte das mortes por agressões corpo a corpo, por armas brancas e armas de fogo ou por uso de outros objetos contundentes se deve à violência interpessoal. Esse processo afeta mais a população pobre e está associado ao aumento das desigualdades, ao efeito do desemprego crescente, à falta de perspectiva no mercado de trabalho, à facilidade de acesso a armas, à impunidade, à arbitrariedade policial, à ausência ou à omissão das políticas públicas.

A violência tornou-se um indicador negativo da qualidade de vida no país, tanto nos espaços rurais como nas regiões urbanas.

1.4.5 Violência em espaços sociais

Existem várias definições que distinguem a violência que ocorre em distintos espaços sociais: rural, urbana, comunitária, dentre outras.

A noção de violência urbana respalda-se nas características do espaço sociogeográfico das cidades e

decorre da formação histórica, da estrutura e conjuntura econômico-social e política. No contexto rural, esta forma de violência assume características relativas especialmente às opressões, segregação e dominação existentes no campo. A noção de território dá significado a essas formas de violência. Santos (1988) concebe o território vivido como a fração do espaço que é modificado pela economia política e pelas relações sociais de poder, qualificado pelo sujeito.

Já a OMS (KRUG *et al.*, 2002) define a violência comunitária de forma mais restrita, como um tipo de violência interpessoal que ocorre entre pessoas sem laços de parentesco e que podem conhecer-se (por exemplo na vizinhança) ou não (estranhos) e a violência que ocorre em grupos institucionais como escola, ambiente de trabalho, prisões e abrigos.

1.4.6 Violência intrafamiliar

Muita gente chama a violência que ocorre dentro das casas de violência doméstica. Nesse caso o foco da análise e da compreensão é o espaço do lar. Neste texto, o conceito de violência é tratado como fruto e consequência de relações. Por isso, damos preferência ao termo intrafamiliar. Na prática, violência doméstica e violência intrafamiliar se referem ao mesmo problema. Ambos os termos dizem respeito aos conflitos familiares transformados em intolerância, abusos e opressão. Ambos os conceitos dizem respeito a esse fenômeno universal que tem séculos de história, formando uma cultura que se expressa em usos, costumes, atitudes, negligências e atos.

A violência intrafamiliar tem muitas manifestações, mas as mais comuns, sobretudo no Brasil, são as que submetem a mulher, as crianças e os idosos ao pai, ao marido e ao provedor. Ou ainda, colocam crianças e jovens sob o domínio – e não sob a proteção – dos adultos. Existem algumas

crenças poderosas que fundamentam a violência no interior dos lares:

Para conhecer mais sobre a construção social de gênero e suas conexões com a violência intrafamiliar leia o Capítulo 9, “Violência de gênero na vida adulta”.

- que o homem é o chefe, o dono e sabe o que é bom ou ruim para todos. Mas ele se exclui do julgamento dos demais;
- que a criança, para ser educada, precisa ser castigada e punida pelo pai, pela mãe e pelos seus substitutos. Como diz o povo: “A letra com sangue entra.”;
- que a mulher é domínio e posse do homem;
- que os idosos, por não produzirem mais bens e serviços materiais e frequentemente demandarem cuidados, são inúteis, pesos mortos e descartáveis.

Um sério trabalho de prevenção da violência passa pela desconstrução das crenças assinaladas como configuração da violência intrafamiliar. Esses mitos promovem o poder machista, são discriminatórios e contribuem para a reprodução de uma série de problemas que impedem o crescimento e o desenvolvimento das pessoas.

1.4.7 Violência autoinfligida

Assim são chamados os suicídios, as tentativas, as ideações de se matar e as automutilações. No Brasil, cerca de quatro habitantes por 100 mil, em média, se suicidam, e um número difícil de calcular tenta se autoinfligir a morte. Os números desse fenômeno no nosso país são muito inferiores aos de outros, sobretudo na Europa, Ásia e Estados Unidos. Mas os estudiosos da violência chamam atenção para o fato de que existe uma relação muito forte entre homicídios e suicídios: ambos expressam sintomas destruidores da sociedade. Apesar de, comparativamente, suas taxas não serem muito significativas, os suicídios e as tentativas de autodestruição têm aumentado entre os jovens e os idosos em todo o país. Entre os trabalhadores, fatores como exposição aos agrotóxicos, problemas de desemprego e exclusão também têm alguma associação – difícil de ser quantificada – com o crescimento do fenômeno.

Um texto interessante sobre suicídio, direcionado para profissionais da saúde, é “Prevenção do suicídio: um manual de atenção de saúde para profissionais da atenção básica”, publicado em 2000 pela OMS.

1.4.8 Violência cultural

A violência cultural é aquela que se expressa por meio de valores, crenças e práticas, de tal modo repetidos e reproduzidos que se tornam naturalizados.

Nessa categoria podem ser classificadas todas as formas de violência que são naturalizadas na cultura de um povo, de um grupo ou de uma sociedade. A cultura reúne as

formas de pensar, sentir e agir de uma sociedade, por meio da comunicação, da cooperação e da repetição dessas ações. Toda cultura tende a adotar como certos alguns comportamentos e práticas, e a rechaçar outros. A violência cultural se apresenta inicialmente sob a forma de discriminações e preconceitos que se transformam em verdadeiros mitos, prejudicando, oprimindo ou às vezes até eliminando os diferentes. Nesse sentido se fala de grupos vulneráveis que na nossa sociedade são, principalmente, crianças e adolescentes, idosos, mulheres nas relações de gênero, homossexuais, pessoas com deficiências físicas ou mentais, moradores de favelas, entre outros. A violência intrafamiliar, por exemplo, tem origem em mitos culturais, como já assinalamos. Chamamos atenção para três tipos específicos de violência cultural: de gênero, racial e contra pessoa diferente, todos eles demonstrando a dificuldade que a sociedade tem de viver com diferenças e de ultrapassar os padrões falsamente tidos como normais.

Violência de gênero

Constitui-se em formas de opressão e de crueldade nas relações entre homens e mulheres, estruturalmente construídas, reproduzidas no cotidiano e geralmente sofridas pelas mulheres. Esse tipo de violência se apresenta como forma de dominação e existe em qualquer classe social, entre todas as raças, etnias e faixas etárias. Sua expressão maior é o machismo naturalizado na socialização que é feita por homens e mulheres. A violência de gênero que vitima sobretudo as mulheres é uma questão de saúde pública e uma violação explícita aos direitos humanos. Estimamos que esse problema social cause mais mortes às mulheres de 15 a 44 anos do que o câncer, a malária, os acidentes de trânsito e as guerras. Suas várias formas de opressão, de dominação e de crueldade incluem

assassinatos, **estupros**, abusos físicos, sexuais e emocionais, prostituição forçada, mutilação genital, violência racial e outras. Os perpetradores costumam ser parceiros, familiares, conhecidos, estranhos ou agentes do Estado (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Fazer da mulher a vítima no espaço conjugal é uma das maiores expressões de violência de gênero e tem sido um dos principais alvos da atuação do movimento feminista e das políticas do Ministério da Saúde que, nos últimos 50 anos, vêm buscando desnaturalizar os abusos, os maus-tratos e as expressões de opressão. Assim, problemas que até então permaneciam como segredos do âmbito privado – "em briga de marido e mulher, ninguém mete a colher" – passaram a ter visibilidade social.

Violência racial

Uma das mais cruéis e insidiosas formas de violência cultural é a discriminação por raça. No Brasil, essa manifestação ocorre principalmente contra a pessoa negra e tem origem no período colonial escravocrata. Estudiosos mostram que geralmente a violência racial vem acompanhada pela desigualdade social e econômica: no Brasil, os negros possuem menor escolaridade e menores salários. Vivem nas periferias das grandes cidades e estão excluídos de vários direitos sociais. Também morrem mais homens negros do que brancos e se destacam os óbitos por transtornos mentais (uso de álcool e drogas), doenças infecciosas e parasitárias (de tuberculose a HIV/Aids) e homicídios (BATISTA, 2005).

> Raça
>
> Do ponto de vista da biologia, é sinônimo de subespécie, ou da existência de linhagens distintas dentro de uma mesma espécie. Na espécie humana, a

variabilidade genética representa 93% a 95%, indicando, definitivamente, a ausência de raça do ponto de vista biológico. O conceito de raça é, portanto, uma construção social utilizada por regimes coloniais ou por sociedades onde a desigualdade é muito grande, para perpetuar a submissão de uns sobre os outros e até perseguir culturas específicas, como tem sido feito com negros e judeus. A definição de "raças humanas" é, por conseguinte, uma classificação de ordem social, em que a cor da pele e a origem social ganham, graças a uma cultura racista, sentidos, valores e significados distintos.
A discriminação e o preconceito racial estão associados ao modo como as pessoas são socialmente classificadas na sociedade brasileira. O racismo é uma forma de violência que alimenta as desigualdades sociais.
No Brasil, para fins de pesquisa, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) adota a seguinte classificação de cor da pele ou raça autodeclarada: branca, parda, preta, amarela, indígena e sem declaração. Em outros países, a filiação racial é o critério predominante.

Leia *Raça, ciência e sociedade*, organizado por Marcos Chor Maio e Ricardo Ventura Santos, publicado pela Editora Fiocruz, em 2006.

Violência contra a pessoa com deficiência

Esse tipo de violência revela de forma aguda a dificuldade que a sociedade tem de conviver com os diferentes, tendendo a isolar as pessoas com deficiência física e mental, menosprezá-las, molestá-las e a não lhes dar oportunidade de desenvolver todas as suas potencialidades. Pela falta de reconhecimento e de apoio da sociedade e do governo, as pessoas com deficiência costumam ser consideradas um peso para suas famílias. Estudos vêm mostrando que esse tipo de discriminação ocorre nos lares, na escola, nas comunidades, no mercado de trabalho, no espaço público. Hoje, a sociedade brasileira, alertada por movimentos sociais que incluem os vários tipos de deficiente, vai tomando consciência dos males da discriminação. No entanto, estudos pontuais revelam que, além das questões que citamos, as mulheres com deficiência costumam ser vítimas sobretudo de violência sexual, de estupro e de atentado ao pudor. E pessoas de ambos os gêneros frequentemente são vítimas de cárcere privado, de violência física e de negligência. Geralmente os agressores, muitos deles vivendo na mesma residência que a pessoa com deficiência, ficam impunes e seus crimes continuam no segredo da vida privada.

Para refletir

Dos três tipos de violência cultural citados, qual você considera prioritário para sua ação na saúde pública? Por quê?

1.5 Natureza da violência

Geralmente a natureza dos atos violentos pode ser reconhecida em quatro modalidades de expressão, também denominadas de abusos ou maus-tratos: física, psicológica, sexual e envolvendo negligência, abandono ou privação de cuidados.

Os termos **violências, abusos, maus-tratos** não necessariamente significam a mesma coisa. Há várias discussões teóricas a respeito, pois cada um deles traz uma carga ideológica e histórica específica. No entanto, para os efeitos práticos e de divulgação que pretendemos, os termos serão usados como sinônimos e indiscriminadamente.

O termo abuso físico significa o uso da força para produzir lesões, traumas, feridas, dores ou incapacidades em outrem (BRASIL, 2001). A violência física costuma ocorrer em todos os ambientes sociais. Mas é muito importante saber o impacto que ela tem para crianças e adolescentes no espaço familiar ou nas instituições ditas de proteção. Em geral, as pessoas na faixa etária infantil e juvenil, vítimas de espancamentos, costumam ser mais agressivas ou, contraditoriamente, medrosas ou apáticas. Seu crescimento, desenvolvimento e desempenho escolar ficam prejudicados. Frequentemente, na infância e na adolescência, assim como na vida adulta, reproduzem o comportamento agressivo com que foram tratadas.

A categoria **abuso psicológico** nomeia agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir-lhe a liberdade ou, ainda, isolá-la do convívio social. Indica também a rejeição de pessoas, na inter-relação. No caso de crianças e adolescentes, o abuso tem um efeito devastador sobre a autoestima, principalmente quando os pais ou seus substitutos não são afetuosos. Muitos estudos mostram que a baixa autoestima pode estar associada à formação de personalidades vingativas, depressivas e a desejos, tentativas ou mesmo execução de suicídios.

O **abuso sexual** diz respeito ao ato ou ao jogo que ocorre nas relações hétero ou homossexuais e visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual nas práticas

eróticas, pornográficas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças. Estudos mostram que, frequentemente, crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual costumam sofrer também outros tipos de violência, como a física e a psicológica; tendem a sentir muita culpa e a ter baixa autoestima; podem apresentar problemas de crescimento e de desenvolvimento físico e emocional; e tendem a ser mais vulneráveis a ideias e tentativas de suicídio. Muitas saem de casa quando os abusadores são os pais ou padrastos, passando a viver nas ruas, expostas a agressões e à cultura da delinquência. Grande parte delas costuma sofrer de enfermidades psicossomáticas e sexualmente transmissíveis.

Negligências, **abandonos** e **privação de cuidados** são formas de violência caracterizadas pela ausência, recusa ou a deserção do atendimento necessário a alguém que deveria receber atenção e cuidados. Quando ocorrem com crianças e adolescentes, geralmente os expõem a maus-tratos, desnutrição, atraso escolar, comportamentos hiperativos ou hipoativos e a uma série de riscos de vida, como queimaduras, atropelamentos, ingestão de produtos de limpeza, abusos sexuais, dentre outros. Com o aumento da população idosa, cada vez mais se evidenciam negligências e privação de cuidados para esse grupo de familiares, sobretudo nos casos de não terem condições financeiras para o seu sustento e quando são dependentes por problemas de saúde.

A categoria **abuso econômico e financeiro** vem sendo usada para descrever o caso da **violência contra idosos**, um tipo de problema que se torna cada vez mais comum no Brasil, à medida que a população envelhece. Consiste na exploração imprópria ou ilegal – ou no uso não consentido por eles – de seus recursos monetários e patrimoniais. Essa modalidade de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar e, segundo as delegacias e o Ministério Público de Proteção aos Idosos, tem sido a principal queixa dos pais a

respeito dos filhos, em primeiro lugar, e depois contra noras, genros e netos. A queixa mais comum assim se configura: os filhos (ou outros membros da família) costumam tentar conseguir a custódia dos bens dos velhos, despossuí-los da liberdade de uso de seus próprios recursos, situações que, em geral, vêm aliadas a várias formas de violência física, psicológica e à negligência de cuidados. Essas situações são de maior risco quando o abusador é alcoólatra ou viciado em drogas ilegais.

Sabemos que existe uma sinergia entre as várias formas de violência, assim como entre seus efeitos sobre o corpo e a mente. Por exemplo: estudos mundiais mostram que 35% das queixas das mulheres aos serviços de saúde estão associadas à violência nas relações conjugais e não apenas a lesões e traumas físicos.

1.6 Conclusões

As informações aqui contidas certamente não refletem a magnitude e a totalidade de expressões de violência hoje existentes no Brasil. Mas neste texto temos apenas a função de apoiar a reflexão e permitir que os serviços de saúde possam dimensionar e compreender os problemas locais.

A violência, antes de ser um problema intelectual, constitui-se como uma questão sociopolítica que afeta materialmente os serviços de saúde, seus custos, sua organização. Envolve também os profissionais como vítimas (muitas vezes alvos da delinquência que penetra os espaços dos serviços) e, ainda, como atores que contribuem para superar ou exacerbar suas expressões. O que não podemos é compartilhar do imaginário da inevitabilidade e da falta de controle. Do ponto de vista social, o contrário da violência não é a não violência, mas sim a cidadania e a valorização da vida humana em geral e de cada indivíduo no contexto de seu grupo. Por isso, o marco da promoção da saúde é

central para que se instalem mecanismos e práticas a partir da atenção básica e das outras etapas dos serviços.

É fundamental que estabeleçamos um diálogo entre os serviços médicos, clínicos e de emergência e a saúde pública, ultrapassando a tentação de medicalizar a violência. Ao mesmo tempo devemos buscar uma especialização maior no atendimento às vítimas visando: ao monitoramento das ocorrências; à sistematização, à ampliação e à consolidação do atendimento pré-hospitalar; à assistência hospitalar às vítimas; à estruturação e à consolidação do atendimento pós-hospitalar; à capacitação dos profissionais e das equipes. Tudo isso acompanhado por estudos e pesquisas locais que balizem as ações do setor.

A violência não é um fenômeno abstrato: ela é concreta e ocorre em cada estado e em cada município de forma específica. Por isso existe a necessidade de estudos locais e operacionais. São necessárias também estratégias intersetoriais de enfrentamento. Dependendo das situações concretas, as ações coletivas demandam entendimento com a área de educação, de serviços sociais, de justiça, de segurança pública, do ministério público, do poder legislativo e, sempre, com os movimentos sociais, visando à promoção de uma sociedade cujo valor primordial seja a vida (e não a morte) e à convivência saudável de seus cidadãos.

Um documento que você pode ler para pensar a violência numa perspectiva mais ampla e intersetorial é a *Carta da Terra*, que afirma princípios éticos e valores fundamentais para que pessoas, nações, estados, raças e culturas reflitam sobre a importância do

desenvolvimento sustentável com equidade. Respeitar e cuidar da comunidade da vida; integridade ecológica; justiça social e econômica; e democracia, não violência e paz são os princípios da *Carta da Terra*.

Você pode saber mais no site do Ministério do Meio Ambiente.

1.7 Referências

BARRETO, M. L.; CARMO, H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. *In*: MONTEIRO, C. A. *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo: Hucitec: Nupens, 1995. p. 7-32.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 71-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*: seção 1e, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001.

CARTA DA TERRA. Disponível em: http://www.cartadaterrabrasil.org/11_carta.htm. Acesso em: 17 ago. 2008.

CHESNAIS, J. C. *Histoire de la violence*. Paris: Robert Laffont, 1981.

FREUD, S. Por que a guerra? *In*: FREUD, S. *Obras completas*. Rio de Janeiro: Imago, 1980. p. 241-259. v. 22.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C. F. R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero. *In*: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 117-140.

KRUG, E. G. *et al*. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MAIO, M. C.; SANTOS, R. V. (org.). *Raça, ciência e sociedade*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2006.

MINAYO, M. C. S. A violência dramatiza causas. *In*: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 13-22.

MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. *In*: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 9-33.

MINAYO-GOMEZ, C. M.; LACAZ, F. A. C. Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, p. 797-807, 2005.

OMRAM, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, New York, v. 49, n. 3, p. 509-538, 1971.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio*: um manual de atenção de saúde para profissionais da atenção básica. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

SANTOS, M. *Metamorfoses do espaço habitado*. São Paulo: Hucitec, 1988.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

2. Processo de formulação e ética de ação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

Maria Cecília de Souza Minayo, Cláudia Araújo de Lima

Neste capítulo, discutiremos o significado e a importância de uma política pública, tomando por base a que foi definida pelo Ministério da Saúde como Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências.

Começaremos por definir os termos principais desse debate e suas implicações, buscando contribuir para que você possa se apropriar do tema.

O termo “política” é derivado do grego *politheia*. Na Antiguidade, significava o conjunto de procedimentos relativos à administração e à gestão das *polis*, as cidades gregas. Esse conceito foi se desenvolvendo historicamente – todo conceito é fruto de uma construção histórica – e hoje significa as formas como o poder é apropriado e exercido.

Políticas públicas é um conceito aplicativo do universo maior da política, representando as estratégias por meio das quais o Estado estabelece prioridades e justifica a alocação dos recursos de que dispõe.

> Toda política pública é fruto de uma demanda da sociedade. Sua inclusão na agenda do Estado e, depois, como prioridade de determinado governo, geralmente é precedida de uma história que inclui pressões do contexto internacional e nacional. Esse é o caso da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, que veio sintetizar anseios da sociedade internacional e brasileira de **tratar o tema da violência como problema de saúde pública.**

Neste texto, visamos sintetizar dois pontos:

- a história da incorporação do tema da violência no campo da saúde pública;
- os elementos que entraram na formulação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, e desdobramentos desse processo.

2.1 História da incorporação do tema violência na agenda do setor saúde

Você conhece a história da incorporação do tema violência na agenda do setor saúde?

Para refletir

Depois de ler este texto, procure comparar o que você sabia com o que é relatado.

Em toda a sociedade ocidental, e mais particularmente no Brasil, foi na década de 1980 que o tema da violência entrou com mais vigor na agenda de debates políticos e sociais. No nosso país, essa presença coincidiu com o término (oficial) da ditadura militar.

Os movimentos sociais pela democratização, as instituições de direito e a forte pressão de algumas entidades não governamentais e organizações internacionais, com poder de influenciar o debate nacional, foram fundamentais para transformar a violência social em questão pública.

No setor saúde, o tema vem se introduzindo, pouco a pouco, também desde os anos 1980. Mas é a partir da década de 1990 que podemos considerar a consolidação do discurso que articula violência e saúde. Em 1993, a Organização Mundial da Saúde (OMS) escolheu a prevenção de traumas e acidentes como mote da celebração do Dia Mundial da Saúde, tendo como justificativa a frase atribuída a William Forge, segundo o qual “desde tempos imemoriais, as doenças infecciosas e a violência são as principais causas de mortes prematuras” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1993, p. 7).

Em 1993, a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) da OMS, realizou uma Conferência em Washington para abordar o tema. Em sua conclusão, publicou uma resolução, na qual:

- evidencia que o perfil de morbimortalidade das Américas aponta a violência como problema social e um

dos principais fatores de óbito e de demanda aos serviços de saúde da região;

- coloca esse tema na pauta da saúde pública; e k instiga os países latino-americanos a realizarem ações intersetoriais, visando à redução do problema (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993).

Os participantes da conferência entenderam que a transição epidemiológica dos países da região apresentava uma questão antiga com novas cores e evidências, e era preciso defini-la na sua especificidade histórica e mapeá-la para que fosse tratada com as distinções próprias do setor, e nos aspectos da intersetorialidade. A frase a seguir consolida o pensamento da Opas:

> A violência, pelo número de vítimas e pela magnitude de sequelas orgânicas e emocionais que produz, adquiriu um caráter endêmico e se converteu num problema de saúde pública em muitos países. O setor saúde constitui a encruzilhada para onde convergem todos os corolários da violência, pela pressão que exercem suas vítimas sobre os serviços de urgência, atenção especializada, reabilitação física, psicológica e assistência social (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993, p. 3).

Em 1997, a OMS, na sua Assembleia Geral, apresentou o tema da violência como um dos principais problemas que afetam hoje a saúde pública no mundo. Essa questão também foi incluída entre as cinco prioridades para a ação desse organismo na região das Américas, nos cinco primeiros anos do século XXI (MINAYO; SOUZA, 1999). Em 2002, as reflexões acadêmicas e institucionais que vinham se acumulando ao longo da última década do século XX foram consolidadas em um relatório oficial da OMS.

Para ampliar seus conhecimentos leia:

- o informe brasileiro sobre violência e saúde, denominado *Impacto da violência sobre a saúde dos brasileiros*, organizado por Edinilsa Ramos de Souza e Maria Cecília de Souza Minayo (2005);
- o documento do Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Você também pode ter acesso ao Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, entrando no site da OMS.

Esse documento não deixa dúvidas quanto ao compromisso da OMS de incluir a violência como um problema de saúde pública. O texto, denominado World Report on Violence and Health (Relatório Mundial sobre Violência e Saúde) (KRUG *et al*., 2002), apresenta um diagnóstico situacional sobre a violência no mundo, em suas mais diferentes manifestações; aponta métodos de abordagem para sua medição e compreensão e faz recomendações aos países-membros, propondo estratégias de atuação. Uma das recomendações da OMS foi que cada país produzisse seu próprio relatório com o diagnóstico da situação e propostas de ação. No Brasil, esse informe foi produzido e publicado em 2005 (BRASIL, 2005). Também em 2005 foi oficializado o Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes, que começou a vigorar estabelecendo parâmetros, formas de atuação, metas e modo de avaliação.

Explicações específicas sobre as várias formas de violência contra a criança serão abordadas na parte II deste livro.

Como já assinalamos anteriormente, podemos observar a pressão dos movimentos sociais, de estudiosos e profissionais da saúde, antecedendo as propostas oficiais dos órgãos nacionais e internacionais. Um dos aspectos mais estudados, debatidos e indicados para atuação do setor saúde é a violência contra crianças e adolescentes. Embora existam documentos históricos que mostrem desde a Antiguidade, a preocupação da sociedade em abolir castigos e maus-tratos na infância data dos anos 1960. Nesse período, os primeiros textos foram escritos por profissionais da saúde, denunciando a violência contra esse grupo e apontando sua influência negativa para o crescimento e o desenvolvimento das vítimas (KEMPE *et al*., 1962). Uma década depois que esses pioneiros pediatras cunharam a expressão síndrome do bebê espancado, vários profissionais, em grande parte dos países, passaram a reconhecer e a diagnosticar as violências contra crianças e adolescentes como problema de saúde. Programas de prevenção primária e secundária e intervenções de vários tipos, principalmente nas dinâmicas familiares responsáveis pela maioria das agressões, negligências e abusos psicológicos, começaram a compor a pauta de instituições públicas, privadas e de organizações não governamentais (ONGs).

No Brasil, os pediatras também passaram a estudar, diagnosticar e tratar síndromes de crianças maltratadas. Mais que isso, os que se sensibilizaram com esse problema se incluíram nos movimentos de pressão da sociedade junto com profissionais das mais diferentes áreas e militantes de ONGs. Nos anos 1980, foi muito grande a mobilização social no Brasil, visando ao reconhecimento dos direitos desse grupo social, redundando na criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990.

Procure conhecer melhor o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003). No site do governo federal, você pode encontrar a versão completa desta lei que contém todas as inserções realizadas ao longo dos anos.

Assinalamos como relevante o pioneirismo das atividades dos Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância (Crami), em São Paulo; da Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia), no Rio de Janeiro; e da Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância (Abnapi), em Minas Gerais (MINAYO; SOUZA, 1999). Essas entidades são exemplos de aglutinação de profissionais que buscaram realizar intervenções a partir do setor saúde. Elas continuam vivas e atuantes e não só pensam o diagnóstico do problema, como atuam e promovem assessoria aos gestores de políticas públicas no tema específico. Hoje existem vários programas e iniciativas do setor saúde e da sociedade que focalizam a prevenção da violência contra jovens e crianças. Esse movimento representa importante avanço democrático da sociedade brasileira.

Um segundo tema que há muito vem mobilizando a sociedade é a violência contra as mulheres. Sua introdução na agenda da área da saúde ocorreu pelo protagonismo do movimento feminista. Com uma estratégia voltada para criar consciência de gênero nos mais diferentes ambientes e instituições, esse movimento, desde os anos 1970, passou a pressionar o setor saúde para que atuasse ativamente e oferecesse respostas concretas não apenas para o tratamento das lesões e traumas provenientes das agressões

das quais a população feminina é vítima, mas para agir nas causas, por meio de uma pauta positiva de ações (HEISE, 1994).

Foram direcionadas à área da saúde as mais diferentes problemáticas que afetam a vida e a integridade das mulheres, como agressões conjugais, mutilações, abusos sexuais, físicos e psicológicos, homicídios e uma série de sintomas físicos e psicossomáticos associados à violência de gênero. Os primeiros documentos relativos ao impacto da violência sobre a saúde, provenientes da Opas, apresentam uma forte influência feminista no diagnóstico e nas propostas de ação em relação à questão de gênero e outras. No âmbito da violência contra a mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) leva em conta a relevância do tema e oficializa um tipo de olhar específico para o problema em todo o serviço público.

Procure ler a proposta do PAISM (Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher): princípios e diretrizes (BRASIL, 2004b).

Um dos últimos temas a entrar na pauta da saúde é o dos maus-tratos contra idosos. Essa problemática foi nomeada pela primeira vez em 1975, em um periódico inglês, a partir do termo “espancamento de avós” (BAKER, 1975; BURSTON, 1975). Ultimamente esse assunto vem se intensificando nos estudos do setor saúde e na atenção dos profissionais. Em 2003, foi promulgado o Estatuto do Idoso, que em seu artigo 3º trata especificamente do tema da violência e chama à responsabilidade intersetorial e interinstitucional os órgãos

públicos, incluindo o setor saúde. No documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), esse tema é tratado de forma específica.

O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2006) está disponível no site do Ministério da Saúde. Para saber mais acesse os documentos da Secretaria Especial dos Direitos Humanos (SEDH).

Outros temas – como a violência racial e a violência contra pessoas com deficiências – paulatinamente são incluídos na pauta da atenção à saúde, sendo que, em todos os casos, a presença na agenda do setor depende muito da pressão da sociedade civil e dos movimentos específicos.

No Brasil, a consideração do tema violência como problema de saúde pelos órgãos oficiais, principalmente pelo Ministério da Saúde, vem ocorrendo de forma fragmentada, mas progressiva. Já na metade dos anos 1990, muitas secretarias de saúde municipais, em articulação com organizações da sociedade civil, criaram estratégias e serviços de prevenção e de assistência aos agravos provocados pelas diferentes manifestações da violência. Tais iniciativas se multiplicaram desde então, geralmente congregando instituições públicas, ONGs e institutos ou grupos de pesquisa.

Para saber mais sobre o crescimento de programas e ações relativos à violência no SUS, leia o capítulo "Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde", do livro *Novas e velhas faces da violência no Século XXI: visão da literatura brasileira do campo da saúde* (ASSIS, DESLANDES, MINAYO, 2017).

Devemos dar destaque à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que tem uma linha de pesquisa sobre "causas externas" desde a década de 1970, e à Fundação Oswaldo Cruz que, em 1989, criou na Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP) o Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), hoje Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli. Esse último foi instituído com a finalidade de produzir pesquisas estratégicas e interdisciplinares, de formar profissionais e de assessorar as políticas públicas do setor. Atualmente o Claves está associado ao Instituto Fernandes Figueira (IFF) da Fiocruz. Está também articulado com a Biblioteca Regional da Opas (Bireme), constituindo seu núcleo de documentação e divulgação científica e uma biblioteca virtual sobre violência e saúde.

Em 1998, o Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems), com assessoria do Claves, instituiu um plano de ação de prevenção da violência contra crianças e adolescentes, em parceria com o UNICEF e a UNESCO. Esse plano ofereceu orientações gerais para o conjunto dos municípios e adotou metas de sensibilização a partir das secretarias de saúde, visando à capilarização no sistema, de um tema ainda pouco familiar (CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE, 1998). Essa organização, posteriormente, passou a fazer parte da Rede Gandhi como âncora dessa instituição e, desde então, o

tema da não violência e da cultura da paz passou a fazer parte da pauta de ação de vários municípios e de todos os congressos desse Conselho, que reúne os mais de 5.500 secretários de saúde no país.

Em 1998, o Ministério da Saúde instituiu um grupo de trabalho para assessorá-lo na formulação de uma Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. Depois de vários, longos e difíceis caminhos e descaminhos que a gestão política percorre, em maio de 2001 foi promulgada uma portaria do Ministério da Saúde, oficializando o documento de definição da Política. Em 2005, foi também promulgado um plano de ação setorial. Desses dois últimos dispositivos falaremos mais detalhadamente.

2.2 A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001), aprovado por portaria do Ministro da Saúde em maio de 2001, em primeiro lugar trata o tema em pauta como um problema social e histórico e o situa nos marcos da promoção da saúde e da qualidade de vida. É no mesmo sentido que define os conceitos de violência e os distingue de acidentes – uma vez que, tradicionalmente, esses dois termos vêm juntos na Classificação Internacional das Doenças sobre causas externas –, mas incorpora essa categoria em sua abordagem.

Você conhece a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências? Procure-a no site do DATASUS e leia-a, fazendo sua própria análise. Quais pontos você ressaltaria como mais relevantes?

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências traz um diagnóstico geral do problema, das formas como ele afeta o setor saúde e como esse próprio setor, por ser parte da sociedade onde a violência está configurada, também a gera e a reproduz. Nele, são analisadas as fontes de informação e a documentação oficial existente, sua importância e suas deficiências. Esse diagnóstico situacional, embora apresente apenas dados aglomerados que se referem ao país como um todo, define detalhadamente as várias formas de manifestação do problema (agressão física, abuso sexual, violência psicológica, omissões, violência interpessoal, institucional, social, no trabalho, política, estrutural, cultural, criminal e de resistência), além de distinguir as formas diferenciadas com que a violência incide em homens e mulheres, nas diversas faixas etárias e em grupos sociais específicos.

Para saber mais, leia duas revisões sobre violência e saúde no Brasil:

- *Violência sob o olhar da saúde:* a infra-política da contemporaneidade brasileira, publicado pela Editora Fiocruz em 2003; e

- “Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde”, do livro *Novas e velhas faces da violência no século XXI*: visão da literatura brasileira do campo da saúde, publicado pela mesma editora em 2017.

Nesses livros, você tem acesso a uma vasta revisão e análise sobre o tema das violências e dos acidentes no Brasil.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências ressalta a relevância do tema da violência para a saúde pública, assinalando que no Brasil, na década de 1990, ou seja, num espaço de apenas 10 anos, mais de um milhão de pessoas morreram por violências e acidentes. Desse total, faleceram por homicídio cerca de 400 mil, dos quais mais de 70% eram jovens e adultos. O texto ressalta que tanto no país quanto no resto do mundo, os óbitos infligidos por outros ou autoinfligidos constituem sério problema social. Assinala ainda que danos, lesões, traumas e mortes, causados por acidentes e violências, correspondem a altos custos emocionais e sociais e com aparatos de segurança pública. E destaca que a violência provoca sérios prejuízos econômicos decorrentes de dias de ausência do trabalho, danos físicos, mentais e emocionais incalculáveis para as vítimas, suas famílias e para a sociedade. No que se refere ao sistema de saúde, as consequências da violência, entre outros aspectos, afetam o aumento de gastos com emergência, assistência e reabilitação, muito mais custosos do que a maioria dos procedimentos médicos convencionais.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências também descreve as várias leis, portarias, normas e dispositivos setoriais e intersetoriais que fazem interface e interagem

com as informações do setor saúde e sua prática. Faz uma reflexão sobre o Código Nacional de Trânsito promulgado em 1997; analisa as contribuições e as lacunas da Declaração de Óbitos, dos Boletins de Ocorrência Policial, dos Boletins de Registro de Acidentes de Trânsito; da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), quanto aos dispositivos; e dos Sistemas de Informação do SUS para Mortalidade (SIM), Morbidade (SIH/SUS) e Envenenamentos e Intoxicações (Sinitox).

A seguir, o documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências enfatiza os princípios que o norteiam, reafirmando que esses são os mesmos que orientam o SUS.

Esses princípios fundamentam as diretrizes a serem seguidas nos planos nacionais, estaduais e municipais:

- saúde como direito fundamental e como requisito para o desenvolvimento social e econômico;
- direito de qualquer cidadão brasileiro, ao respeito à vida como valor ético;
- promoção da saúde como fundamento de qualquer ação para redução das violências e dos acidentes.

Promoção da saúde é uma estratégia adotada pelo setor saúde e também por outros setores da sociedade para melhorar a qualidade de vida da população, reduzindo a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

O objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde é estimular a gestão compartilhada entre usuários, movimentos sociais, trabalhadores do setor sanitário e

de outros setores, produzindo autonomia e corresponsabilidade.

As diretrizes condizentes com os princípios citados foram estabelecidas no referido documento. Nele, essas diretrizes, resumidas a seguir, estão definidas e problematizadas:

- promoção da adoção de comportamentos e ambientes seguros e saudáveis;
- monitoramento da ocorrência de acidentes e violências;
- sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar;
- incremento de uma forma de assistência multiprofissional às vítimas de violências e acidentes;
- estruturação e consolidação dos serviços de recuperação e reabilitação;
- investimento na capacitação de recursos humanos, em estudos e em pesquisas específicas, sobretudo nos assuntos que possam iluminar as práticas nos três níveis, principalmente no âmbito local.

O documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências também distribui responsabilidades institucionais, tendo como critério a articulação intersetorial nos âmbitos dos governos federal, estaduais e municipais e com a sociedade civil, nas áreas de desenvolvimento urbano, justiça e segurança, trabalho, emprego e previdência social, transportes e ciência e tecnologia.

O texto cita especificamente o papel das universidades, dizendo que elas não podem ficar alheias ao problema da violência, uma vez que ele afeta profundamente a sociedade brasileira. Propõe que elas se engajem na formação de recursos humanos para lidar com os problemas específicos, tratados ao longo do documento. Ele chama atenção para

que se produzam pesquisas de caráter estratégico, a fim de que o setor saúde possa atuar e apresentar impactos positivos, a partir de diagnósticos cientificamente informados.

Por fim, o texto dedica um capítulo ao tema da avaliação como a forma mais eficiente de monitoramento de uma política pública, visando ao bom emprego dos recursos públicos e ao avanço da cidadania na área da saúde. Segundo o documento da política, esse monitoramento necessita ser encarado de forma muito diferente do que nos processos de vigilância epidemiológica convencional. Sabiamente o texto fala da necessidade de desenvolvimento de parâmetros, critérios e metodologias específicas; acompanhamento das experiências e avaliação periódica.

Em suas conclusões, o documento da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências ressalta uma postura filosófica e ética necessária ao setor saúde. No caso da violência, não existe destino, fatalidade ou impossibilidade de ação. Ao contrário, sua incidência apela para uma atuação incondicional em favor da vida e da qualidade de vida. No entanto, essa atuação difere das formas tradicionais de prevenção e de tratamento das doenças: ela requer ao mesmo tempo a intersetorialidade (o que demanda estratégias e métodos não convencionais) e uma atenção específica que, a partir do atendimento das lesões e dos traumas, culmina num olhar abrangente da questão social e cultural.

Devemos ressaltar que o texto que fundamenta a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências foi escrito por uma equipe de especialistas de várias áreas (seguindo o critério de que a violência é um problema complexo e qualquer atuação precisa ser desempenhada de forma intersetorial), junto com técnicos do Ministério da Saúde e de outros ministérios. Antes de ser promulgado, seu conteúdo foi objeto de discussão em um abrangente seminário nacional com estudiosos, profissionais

que atuam nos vários tipos e níveis de atendimento à população e aos membros da sociedade civil. Por isso, esse documento configura uma produção coletiva.

Depois desse processo, o texto foi encaminhado à Comissão Tripartite e aprovado por essa instância do SUS, que reúne representantes do Ministério da Saúde e os presidentes do Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde (Conass) e do Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde (Conasems). Em abril de 2001, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) confirmou o parecer da Comissão Tripartite.

> O documento final, denominado Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, foi aprovado oficialmente por meio da publicação da Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001.

Desde que a Portaria MS/GM n. 737 foi promulgada, várias ações vêm sendo executadas sob o influxo e a orientação do documento supracitado. A partir do nível central do SUS:

a. foi construído um Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito com recursos do DPVAT (seguro de danos pessoais causados por veículos automotores de vias terrestres);
b. foram incentivadas várias ações locais em estados e municípios, dentre elas a de implantação de um programa específico para coleta de dados, contemplando variáveis que não vinham sendo levadas em conta nos sistemas tradicionais;
c. foram realizados seminários macrorregionais sobre violência urbana e saúde pública em uma parceria do Ministério da Saúde e do Conselho Nacional de Saúde (CNS) com o Congresso Nacional.

2.3 O Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências

Um dos passos mais importantes, no entanto, foi a formulação do Plano Nacional de Redução de Acidentes e Violências, que teve sua construção iniciada em 2003 e sua implantação e implementação em 2005. O processo de construção envolveu muitos atores governamentais e não governamentais. Esse plano foi formalizado pela Portaria n. 936 do Ministério da Saúde, de 18 de maio de 2004, que dispõe sobre a estruturação da Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação e Implementação de Núcleos de Prevenção à Violência em Estados e Municípios. Para a formulação desse instrumento, inicialmente foi feito um diagnóstico por meio do qual – e através de um indicador composto – o Ministério da Saúde estabeleceu um *ranking* dos municípios com mais de 100 mil habitantes em que a situação de violência (configurada por taxas de mortalidade por homicídios, acidentes de trânsito e suicídio) fosse mais dramática.

Por contar com parcos recursos orçamentários para a execução do plano, a Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, na qual o programa de redução de acidentes e violências está localizado, contemplou:

a. os 40 primeiros municípios da lista;
b. os municípios em que vinham sendo desenvolvidas atividades do Programa de Ação Integrada de Enfrentamento da Violência Sexual Infantojuvenil no Território Nacional (Pair);
c. os municípios de fronteira, onde se realizavam ações integrais de prevenção da violência e promoção da saúde;
d. estados com mais de um município selecionado pelos critérios citados. Todos contam com fundos para a

criação de núcleos de atuação, de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de pesquisas, tendo seu funcionamento orientado por diretrizes do Ministério da Saúde.

A configuração dessas iniciativas iniciou-se em 2005. Em 2006, o Ministério da Saúde impulsionou a atuação de 15 Núcleos Acadêmicos escolhidos como Centros Colaboradores. A referida rede chegou a alcançar 1.300 municípios e foi financiada pelo Ministério da Saúde no período de 2006 a 2012 (MINAYO; SOUZA; SILVA, 2018).

Várias portarias, normas técnicas e essas duas fichas de notificação referentes à forma de gerenciar e tratar agravos específicos ou à notificação de violências e acidentes vêm sendo publicadas nos últimos anos.

Sobre a Rede Nacional de Prevenção da Violência, leia o documento do Ministério da Saúde: *Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a Implantação de Núcleos de Prevenção da Violência em Estados e Municípios* (BRASIL, 2004a).

Em 2005, foi estabelecida uma agenda estratégica que priorizou a estruturação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviços Sentinela (VIVA), da Secretaria de Vigilância em Saúde/SVS/ MS. Implantada em 2006, a Rede de Serviços Sentinela de Violências e Acidentes tem como objetivo conhecer a magnitude da violência a partir do atendimento pré-hospitalar e propor ações de prevenção e promoção da saúde articulando a

vigilância à rede de atenção e proteção. O sistema foi concebido com dois componentes: os inquéritos periódicos (VIVA Inquérito) e a notificação de violências (VIVA Contínuo). Em 2011, o sistema incorporou a notificação de violências de forma universal e compulsória em todos os serviços de saúde do país, passando a se chamar Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA).

Foram realizadas cinco edições do VIVA Inquérito em 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. O VIVA Contínuo, em 2009, foi incorporado à notificação compulsória de violências registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), passando a ser denominado VIVA Sinan Net. O objeto de notificação compulsória de violência foi sendo ampliado, incorporando situações não previstas na legislação em função da necessidade de intervenções individuais e de acompanhamento dos casos, como nas situações de tráfico de pessoas, trabalho escravo, trabalho infantil, tortura, efeitos da intervenção legal, população indígena entre outras (MINAYO; SOUZA; SILVA, 2018, p. 2010).

É preciso, também, assinalar como relevante o apoio de alguns editais voltados para pesquisa e ensino (especialmente a distância) sobre o tema da violência pelo Ministério da Saúde.

2.4 Conclusões

Quando analisamos o texto da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, passados alguns anos de sua promulgação, observamos que a partir de então houve um processo crescente de tomada de consciência sobre a necessidade de incluir o tema violência no pensamento e na ação da saúde. Também houve a inserção de novos temas e grupos ali inicialmente não contemplados, como é o caso das violências e

discriminações por raça, cor e orientação sexual. Atualmente, por exemplo, a sociedade brasileira colocou na agenda pública, de forma contundente, a discriminação contra pessoas com deficiências.

Devemos ressaltar que há um grande número de experiências de prevenção da violência ocorrendo em todo o país, levando em conta os princípios da promoção da saúde. Em geral, são iniciativas intersetoriais que articulam ações do Estado e da sociedade civil e contam com o apoio das universidades. Algumas intervenções, em que a questão da cidadania e o cuidado com os jovens são os focos, mostram impacto na diminuição das taxas de homicídio em nível local, como é o caso das experiências em Diadema, São Paulo, e em Belo Horizonte.

Lembramos que a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências é uma política pública implementada pelo Ministério da Saúde, visando ao enfrentamento da violência. O setor de saúde pública tem incorporado paulatinamente os princípios dessa política e o setor privado vem aos poucos atuando em relação à questão da violência.

Para saber mais, entre no site do Instituto de Estudos sobre Criminalidade e Segurança Pública (www.crisp.ufmg.br) e informe-se sobre o Programa Interinstitucional Fica Vivo, de Belo Horizonte.

Se quiser aprofundar seus conhecimentos, entre no site da ONG São Paulo contra a Violência.

Por fim, após quase duas décadas da homologação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, o país pode comemorar por ser um dos poucos a ter uma política de saúde especificamente dirigida a este problema social. Vários foram os avanços, mas muitos desafios ainda persistem. Entretanto, o momento de crise econômica e política e de desinvestimento em diversas áreas do Sistema Único de Saúde vem propiciando a retração de importantes ações públicas de enfrentamento à violência pelo setor saúde.

Os efeitos do contingenciamento de recursos para o SUS são uma ameaça ao pleno cuidado das pessoas em situação de violência. Reitera-se que a violência, em suas distintas formas de expressão necessita integrar efetivamente a agenda prioritária do setor saúde, conforme ainda demonstram sua magnitude e impactos na qualidade de vida da população.

2.5 Referências

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no Século XXI*: visão da literatura brasileira do campo da saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. v. 1, p. 271-296.

BAKER, A. A. Granny battering. *Modern Geriatrics*, Beckenham, n. 5, p. 20-24, 1975.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006. (Legislação de Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 936, de 18 de maio de 2004. Rede Nacional de Prevenção da Violência e Promoção da Saúde e a implantação de núcleos de prevenção da violência em estados e municípios. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 96, 20 maio 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Plano Nacional de Redução de Violências e Acidentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

BURSTON, G. R. Granny baterring. *British Medical Journal*, London, v. 3, n. 5983, p. 592, 6 Sept. 1975.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE (Brasil). *Plano de Ação para o Conasems*. Brasília, DF: Conasems, 1998. Mimeografado.

HEISE, L. Gender-based abuse: the global epidemic. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 135-145, 1994. Suplemento 1.

KEMPE, C. H. *et al*. The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, Chicago, n. 181, p. 17-24, 1962.

KRUG, E. G. *et al*. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 7-23, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R.; SILVA, M. M. A.; ASSIS, S. G. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Salud mundial*. Genebra: OMS, 1993.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Violência y salud*: resolución n. XIX. Washington, D.C.: OPAS, 1993.

SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

3. Violência, família e sociedade

Miriam Schenker, Fátima Gonçalves Cavalcante

As múltiplas faces da violência têm impacto direto sobre as famílias, afetando esse importante grupo social, composto por crianças, adolescentes, adultos e idosos. Por outro lado, algumas famílias, como qualquer outro grupo, são também agentes da violência, potencializando sua dinâmica na sociedade.

Por ter papel privilegiado no convívio com a família, o setor saúde é, hoje, um dos principais setores sociais capaz de atuar preventivamente sobre as formas de violência sofridas e praticadas por esse grupo. É sobre isso que queremos falar neste capítulo com você. Aqui você percorrerá várias abordagens relativas à família – histórica, antropológica, sociológica, psicossocial. Nosso intuito é situá-lo, de uma forma breve, nessa instituição de raiz e no contexto social que a sustenta. Concomitantemente a essa leitura encontra-se uma outra, sobre os fatores geradores de

conflitos que podem resultar em violência familiar. Você também entrará em contato com situações de risco que ocorrem nas diversas etapas do ciclo vital da família, bem como com os fatores de promoção de comportamentos protetores relativos à família.

3.1 Família e sociedade

A família é uma unidade social constituída de indivíduos que compartilham circunstâncias afetivas, sociais, econômicas, culturais e históricas. Ela se forma por vínculos de consanguinidade (mediante um ancestral comum), de alianças (casamento, coabitação) ou de convivência (compadres e agregados). Cada um de nós tem a sua própria família, conhece mais ou menos o seu sistema de parentesco, o modo como ele foi formado por vínculos afetivo-sexuais e como foram gerados física e socialmente seus novos membros.

Como o primeiro núcleo de socialização dos indivíduos – aquele que inicialmente transmite valores, hábitos e costumes, ajudando a formar as personalidades – a família baseia-se na distribuição de afetos e papéis sociais, sendo marcada por diferenças de poder entre os sexos e entre as gerações. Disputas de poder e afeto fazem-se presentes sob a forma de sentimentos ambíguos de amor/ódio, aliança/competição, proteção/domínio entre seus membros. Famílias despreparadas para compreender, administrar e tolerar seus próprios conflitos tendem a se tornar violentas.

Logo de início, é preciso dizer que “família” não é um produto da natureza, mas uma criação humana mutável, que pode adquirir inúmeras representações, de acordo com a cultura e o momento sócio-histórico em que se insere. A conceituação de “família” pode ser feita de diferentes maneiras, a partir de diferentes teorias, e diferentes visões de família poderão corresponder a diferentes formas de

compreender, acolher, acompanhar e tratar seus membros. Acima de tudo, dependerá da percepção daquele que a observa e a define, levando em conta o seu conhecimento, o estudo e a sua experiência com famílias.

Convidamos o leitor a pensar que algumas famílias se relacionam por meio de uma dinâmica de violência. Vamos refletir sobre a importância da família na estruturação dos indivíduos, os tipos de violência que a afetam, os possíveis danos, os fatores de risco e proteção e algumas formas de apoio e orientação.

Quando entramos em contato com alguma evidência ou suspeita de violência na família, vamos nos deparar inicialmente com situações concretas que nos chocam ou aterrorizam, nos deixam muitas vezes sem saber o que pensar, o que dizer e o que fazer. Falar da violência na família não é falar apenas de realidades concretas, mas sim falar de um fenômeno complexo, cheio de significados pessoais, sociais e culturais que envolvem abuso de poder, por vezes invisível ou encoberto, força e tensão, assimetria e desigualdades sociais, ações muitas vezes danosas à constituição do indivíduo e da sociedade.

Antes de aprofundar a noção de violência na família, vamos nos debruçar sobre algumas definições, buscando compreender sua dinâmica e formas de organização.

O filme *A guerra dos Roses*, dirigido por Danny DeVito (1989), ilustra a construção lenta deste binômio complexo: “família e violência”.

É uma produção cinematográfica estadunidense, do gênero comédia, lançado em 1989, com base no

romance *A guerra dos Roses* (1981), de Warren Adler. Comédia de humor negro sobre um casal que aparenta ter perfeita união. Quando o casamento começa a desmoronar, bens materiais se tornam o centro de escandalosa e amarga batalha pelo divórcio. Filme estrelado por Michael Douglas, Kathleen Turner e Danny DeVito.

3.2 Visão histórica da família brasileira

Duas obras de referência se destacam quando o tema é a formação social brasileira: *Casa-grande e senzala*, de Gilberto Freyre (1994), e *Raízes do Brasil*, de Sérgio Buarque de Holanda (1978). Ambas revelam o papel central da família patriarcal em todo o período colonial, quando se estabeleceram valores que marcaram a construção de nossa identidade nacional. Nesse sentido, o *patriarcalismo* é visto como o fio condutor para se pensar a modernidade na sociedade brasileira, compreender as mudanças e os valores enraizados. A família, no dizer de Gilberto Freyre, foi o grande fator colonizador no Brasil, mais poderoso do que as forças econômicas ou políticas.

Na visão de Freyre (1994) e Candido (1951), o modelo harmônico e generalizado da família patriarcal extensa teria evoluído para a “família conjugal, nuclear e moderna”. “A família extensa” era uma organização com predominância do chefe da família e uma economia dependente do trabalho escravo; um tipo de organização social no qual a família era, necessariamente, o grupo dominante no processo de socialização e integração dos indivíduos, um grupo em que as distâncias entre os familiares eram bem marcadas e reguladas por uma hierarquia. Marido e mulher comandavam duas diferentes esferas de poder – ele fora de

casa e ela dentro –, mantendo os princípios da organização patriarcal. Os casamentos eram, geralmente, contratados de forma endogâmica para preservar os próprios grupos familiares. Candido aponta uma segunda porção da sociedade colonial: os "não familiares", compostos por uma massa de pessoas socialmente degradadas que cresce fora dos grupos familiares, sem normas regulares de conduta.

Corrêa (1994) reconhece a existência e a importância da família patriarcal brasileira, porém diverge de Freyre e Candido na ideia de que "unidades domésticas equivalentes" se estenderiam nas várias regiões de nosso país. Ela chama a atenção para a heterogeneidade em vez da homogeneidade dos sistemas familiares. Aponta para a diversidade regional dos diferentes Brasis e nos faz refletir sobre a existência de diversas configurações familiares de norte a sul e de leste a oeste de todo o território nacional. Para se estudar as famílias, a autora ressalta a importância de ter atenção ao impacto das forças econômicas, sociais e políticas no sistema familiar diante das contradições e dos desafios da sociedade moderna. A família conjugal moderna, como descendente direta da família patriarcal, sofre os efeitos do individualismo, da industrialização e da urbanização.

Fatores que podem gerar conflitos na família

A chegada dos filhos pode afetar a relação do casal, intensificando conflitos já presentes no relacionamento, produzindo sentimentos de exclusão, ciúmes, competição ou solidificando sentimentos amorosos e de proteção. Se o pai estiver próximo da dupla mãe-filho, haverá continência e proteção. Se o pai estiver se sentindo excluído dessa relação dual, então poderá haver maior tensão ou cobrança por eficiência.

Diferentes estruturas familiares

- Família nuclear – Constitui-se de duas gerações: os pais (marido e esposa) e os filhos.
- Família extensa – Compõe-se da família nuclear e dos membros da família de origem (avós, tios e primos).
- Família mista – Inclui parentes e amigos.

Diferentes configurações familiares

- Família monoparental – Gerida por somente um dos pais.
- Família tradicional heterossexual – Pais que se casaram uma vez e moram junto com os filhos.
- Família reconstituída – Pais que se separaram, recasaram e constituíram novas uniões nucleares.
- Família homossexual – Casal homossexual com ou sem filhos.

3.3 Diferenças étnico-raciais

O Brasil é uma nação multirracial marcada por diferenças étnico-raciais nas quais os afrodescendentes encontram-se majoritariamente em posições subalternas. A escravização em nosso país caracterizou-se por significativa miscigenação racial e menor rigidez hierárquica entre senhores e escravos, com marcadores raciais fluidos e manipuláveis, dependentes da língua e do costume do colonizador. Moura (1990) alerta sobre o tratamento dispensado às populações não brancas na formação da nação brasileira: (1) uma ideologia que tende a excluir ou minimizar a contribuição dos não brancos à dinâmica social; (2) uma visão de negros, índios e mestiços como seres sem capacidade civilizadora; (3) uma visão de que os negros não teriam condições de dirigir a sociedade. O século XX foi marcado por práticas

discriminatórias e racistas acobertadas por um discurso que pressupunha uma vivência democrática e harmônica entre as raças. O dilema social que hoje se coloca e que afeta as famílias de negros, mestiços e índios consiste em como inseri-los nos quadros sociais, preservar suas culturas e minimizar as desigualdades e discriminações.

A obra de Gilberto Freyre, na década de 1930, estabeleceu um peso equivalente entre casa grande e senzala; destacou o escravo como o grande colonizador; e mostrou o cruzamento inter-racial no seio da família com ausência de conflitos ou com o equacionamento harmônico das diferenças, o que, na visão de Bastos (1991), foi apontado como um diluidor das contradições sociais. Se *Casa-grande e senzala* vem sendo vista como uma obra que marcou a consciência nacional pela soma das raças, religiões, culturas e grupos sociais, reduzindo a possibilidade de se perceber o social como contraditório, o que se coloca hoje no cenário nacional é a necessidade de revelar a dominação que se reitera na diversidade: as desvantagens ocupacionais (piores posições no mercado de trabalho); educacionais (menos escolarização quando comparados com os brancos) e de habitação (piores locais de moradia).

Para refletir

Na sua experiência profissional você percebe discriminações étnico-raciais?
Como é o comportamento dos que discriminam e dos que são discriminados?

3.4 Visão antropológica

Claude Lévi-Strauss, antropólogo belga, desenvolveu um método de investigação e interpretação antropológica, denominado estruturalismo. O conceito básico dessa teoria é o de estrutura social, que não é empiricamente observável,

mas dá sentido aos dados empíricos. Por exemplo: a estrutura de um edifício, mesmo oculta, organiza, relaciona, distribui e sustenta todos os elementos observáveis da construção – os andares, os apartamentos, as entradas e saídas, os corredores.

O mesmo se dá com a estrutura social: ela organiza, conecta e relaciona os seus elementos. Os elementos da estrutura social são as relações de parentesco, as instituições e os grupos diversos que, por sua vez, se organizam como um sistema, de forma interdependente, em que a modificação em qualquer uma das partes afeta, necessariamente, todas as outras.

Lévi-Strauss (1981) sustenta, a partir de análises etnográficas (estudo e descrição dos povos, sua língua, raça, religião e manifestações materiais de sua atividade) de culturas diversas, que as variações na organização das relações observadas nessas sociedades são regidas por um substrato comum e universal – as estruturas elementares de parentesco –, compostas por três relações básicas:

1. **consanguinidade** – relação entre irmãos;
2. **aliança** – relação entre casais;
3. **filiação** – relação entre gerações.

Essas estruturas elementares perpassam todas as sociedades devido a uma lei invariante e válida em diferentes culturas: a **proibição do incesto**, cujo resultado é a exogamia. Por isso, os homens trocam entre si as mulheres de seu grupo familiar de forma a não haver casamentos entre indivíduos pertencentes ao mesmo grupo de descendência. A proibição do incesto é a expressão de uma lei universal de reciprocidade, contrapartida necessária para a instauração de laços sociais entre as famílias.

A grande contribuição da antropologia é a afirmação de que as relações de parentesco, o casamento e a divisão sexual do trabalho são estruturas universais em todas as

sociedades. Então, de acordo com o pensamento antropológico, várias são as formas de organização familiar, bem como diversos são os sistemas de parentesco que emergem numa determinada sociedade.

> Fatores que podem gerar conflitos na família
> Na constituição da rede familiar, pode haver experiências de realização ou de fracasso, levando as pessoas envolvidas a um maior crescimento e integração ou, ao contrário, a um processo de desintegração que pode gerar a dinâmica de violência.
> Se o grupo familiar tiver suas necessidades físicas, emocionais e intelectuais satisfeitas e puder experimentar conter e utilizar de modo adequado os sentimentos de amor, raiva, medo, alegria, agressividade, sexualidade, a família funcionará de modo mais integrado, com grau de organização e discriminação entre os membros.
> Se, ao contrário, as relações se desorganizam, o potencial destrutivo poderá ser grande, ocorrendo nas pessoas uma falta de contenção dos conteúdos pertinentes ao grupo familiar. Pode-se instalar a dinâmica de violência com conteúdos rejeitados e papéis rígidos entre o “agressivo” e o “bonzinho”.

3.5 Visão sociológica

A sociologia da organização familiar costuma apresentar uma classificação que ajuda a diferenciar seus modos de apresentação: modelos **hierárquicos** e **igualitários**. A família de **organização hierárquica** prevalece nas camadas populares contemporâneas (FIGUEIRA *et al.*, 1987). Relativamente organizada, **mapeada**, apesar de conflitos internos, nesse modelo de família rege a intrínseca diferença entre homem e mulher, com formas de comportamento

próprias a cada sexo. As funções e os papéis familiares são nitidamente delineados, prevalecendo tanto a superioridade do homem, devido à sua relação com o trabalho fora de casa, quanto a expectativa do exercício da monogamia ser somente referido à mulher. Do ponto de vista da autoridade, nesse modelo, o indivíduo é incluído no grupo que sempre tem precedência e preferência, valendo, portanto, sacrifícios dos desejos pessoais para o bem coletivo.

A família de **organização igualitária**, que segue a ideologia do igualitarismo, veio a reboque de transformações históricas, econômicas e sociopolíticas. Sua raiz é a Declaração Universal dos Direitos do Homem. A aceleração da modernização tem impactos na organização da família brasileira: crescimento e concentração de renda nas décadas de 1960 e 1970, maior acesso ao ensino superior e mais escolarização, avanço do movimento feminista, crescente papel da mídia. A organização da família vai se fluidificando aliada à aceitação do divórcio, da maternidade fora do casamento, do exercício libertário da sexualidade fora dos objetivos de uma relação estável.

Importante ressaltar que **não há modelos "puros" de organização da família**, mas predominância de certos aspectos em uma camada social mais do que em outras. Os modelos de família vêm sofrendo mudanças recentes nas suas configurações. Os jovens vêm vivenciando cada vez mais cedo a sexualidade e a pluralidade dos relacionamentos, e a velocidade e a intensidade da sociedade de consumo também facilitam a ocorrência de experiências afetivo-sexuais mais fugazes. Outro fator que afeta as mudanças nos modelos de família tem sido a permanência cada vez maior da mulher no mercado de trabalho, a ausência da figura do pai e o próprio controle da mulher sob a reprodução. Os ideais hierarquizantes e os individualistas se encontram em permanente tensão nos diferentes segmentos sociais e culturais (VELHO, 1999).

Para refletir

Qual das duas organizações familiares abrigaria maior probabilidade de violência intrafamiliar a hierárquica ou a igualitária? Discuta a sua resposta com outros parceiros.

A filósofa Agnes Heller (2000) enuncia que a família é a origem dos pressupostos ideológicos, na medida em que as bases de reprodução das normas e regras da sociedade se dão no “fazer” da vida cotidiana, que inicialmente ocorre dentro da família. A pessoa já nasce inserida nessa cotidianidade e seu amadurecimento acontece a partir da interiorização das normas e do trato social. Ela aprende a manipular objetos e a se comunicar socialmente nos grupos primários, em que a família e a escola se inserem. Ambas as instituições são mediadoras entre a pessoa e os hábitos, as leis e a ética social.

Os sociólogos Peter Berger e Thomas Luckmann (2002), em seu livro *A construção social da realidade*, esmiúçam a formação da identidade a partir das ações da vida cotidiana da pessoa, ao distinguirem dois processos básicos de socialização – primária e secundária. A **socialização primária** é entendida como a interiorização da realidade, ocorre na infância e, a partir dela, a pessoa se torna membro da sociedade. Essa forma socializada de ser é inevitável, já que a pessoa não pode escolher a sua família.

Os autores dizem que “temos de nos arranjar com os pais que o destino nos deu... embora a criança não seja simplesmente passiva no processo de sua socialização, são os adultos que estabelecem as regras do jogo” (BERGER; LUCKMANN, 2002, p. 180). É pela percepção das primeiras pessoas significativas (os pais ou seus substitutos) que a criança introjeta a realidade particular de como vê o mundo. Dessa forma, o mundo social é filtrado para a criança, que o interioriza como sendo o mundo, único existente e

concebível. Esse processo não é unilateral e, sim, dialético, porque se dá entre a identidade atribuída pelos adultos à pessoa e a forma particular de ela se apropriar dessa identidade.

Tornar-se membro da sociedade implica um contexto carregado de emoção e de fortes laços afetivos, porque a internalização do sistema simbólico dos agentes socializadores (os pais e quem mais for importante na função parental, desde a mais tenra idade) acontece à medida que a pessoa se identifica com eles, absorvendo os papéis e atitudes e também, nesse mesmo processo, assumindo o mundo deles.

Os processos de **socialização secundária** se referem aos diferentes setores da sociedade aos quais a pessoa se liga durante sua vida. Já socializada, ela se afilia a novos grupos sociais, identificando-se com eles.

Para refletir

Qual o papel da família e da cultura na formação da identidade das pessoas?

Faça essa análise com base nos conceitos já enunciados.

Fatores relacionados à violência na família

Nas famílias com dinâmica de violência, é comum haver uma cristalização dos papéis em relação ao lugar de quem foi vitimado e o agente agressor. Esses lugares podem ser ocupados pelas mesmas pessoas, anos a fio, ou ser compartilhados por diferentes membros do grupo.

Durante a terapia familiar é comum se observar a “transferência de violência”, quando outro membro do grupo passa a ser o protagonista da violência. Portanto, a tarefa dos profissionais da saúde não é apenas identificar o agressor, tratando-o individualmente, pois isso seria desconsiderar que muitas vezes a família

possui uma dinâmica que inclui a violência em suas relações. Nesse caso, ao se retirar o agressor, outra pessoa pode passar a atuar em seu lugar.

3.6 Visão psicossocial

Na visão sistêmica, a família constitui-se no grupo primeiro de pertencimento, no qual se estabelecem relações de dependência e vínculos afetivos entre os seus membros. Possui uma estrutura hierárquica e dinâmica e funciona como um sistema em interação recíproca e constante com os grupos e as instituições sociais. Tem como objetivo enfrentar as crises, facilitando o espaço de formação, crescimento, desenvolvimento e individuação de seus membros.

Na visão psicanalítica, a família tem a tarefa de fazer nascer a vida psíquica de seus filhos. O bebê, ao se organizar internamente, conta com o apoio de seu ambiente: pais, irmãos, avós, parentes. Junto à família, o bebê aprende um modo de experimentar o mundo, de viver, de interagir, de compreender e reproduzir a narrativa familiar, de se individualizar e se diferenciar. A família acolhe o bebê num “berço psíquico” que tanto serve para estruturar e manter o grupo familiar psiquicamente integrado, quanto para acolher e organizar o mundo interno do novo ser que acaba de chegar (CAVALCANTE, 2003).

Para Bernal (2001), a família cumpre algumas funções para a sociedade e para o indivíduo, de acordo com os seguintes pressupostos:

a. **Função biossocial** – A família se constitui como uma unidade de reprodução e manutenção da espécie. Nela, se origina a necessidade da descendência e se criam condições para o desenvolvimento físico, psicológico e social de seus integrantes.

b. **Função econômica** – A família é uma unidade de produção e reprodução de bens e valores materiais. Recebe influências das leis sociais e econômicas, bem como dos padrões culturais de cada região, classe social e país. O lar e a família são considerados pequenas empresas encarregadas da manutenção, do cuidado e desenvolvimento de seus membros.
c. **Função educativa** – A família exerce influência em todo o processo de aprendizagem individual e no próprio desenvolvimento familiar. Transmite, também, os valores ético-morais que derivam dos princípios, das normas e das leis que se observam e se aprendem na família e no mundo de relações intra e extrafamiliares. Contribui com o processo de desenvolvimento da personalidade individual e com a formação ideológica das gerações.

Como vimos anteriormente, na medida em que as teorias reconhecem o papel da família como mediadoras entre o indivíduo e a sociedade tendem a orientar a análise para as suas relações internas – buscando estabelecer as relações entre seus membros em termos de divisão de papéis, poder e autoridade, a partir das relações de parentesco e aliança, gênero e idade – e para as suas relações externas – tentando precisar que relações são estabelecidas entre ela e as outras dimensões da vida social: a sociedade, a política, o trabalho e o Estado.

3.7 Novas configurações familiares

Há muitas configurações de família dentro de certa forma hegemônica de concebê-la. E precisamos trazê-las à luz nesse capítulo.

Os conceitos de sexo biológico e gênero costumam ser acoplados quando se pensa a pessoa e suas relações. Isso significa que homem e mulher, com seus respectivos

caracteres sexuais, devem se comportar, pensar, se posicionar de acordo com atributos construídos socialmente para cada um deles. Nesses códigos de conduta, estão especificados valores, comportamentos e atitudes esperados de homens e mulheres de uma determinada sociedade num dado momento histórico. Os atributos do masculino e do feminino estão arraigados na cultura em que nascemos, de forma que não costumamos questioná-los. E o esperado, nesse modelo de pensamento, é a relação de casamento heterossexual numa família idealizada, com tarefas específicas para marido e mulher, lugar de segurança, proteção e acolhimento (BENTO, 2012; LANZ, 2015; OLIVEIRA, [2016?]).

Entretanto, vários eventos sociais, principalmente da década de 1960 para cá (o advento da pílula, a sexualidade vivida como prazer, a liberação dos costumes, o questionamento da instituição “família”, a entrada da mulher no campo do trabalho externo à casa, a aceitação da união homossexual pelo Estado, dentre outros), foram responsáveis por questionar esse modelo heteronormativo. No novo paradigma, há a separação entre sexo biológico e gênero, vivido pelas pessoas homossexuais e trans (transexual, travesti, *crossdresser*, *dragqueen*, andrógino e transformista). São pessoas que privilegiam a sua autonomia, à medida que constroem novos significados para as relações afetivo-sexuais, o que redunda em novos arranjos familiares.

As pessoas trans se sentem pertencendo ao sexo oposto ao que nasceram e vivem os comportamentos de gênero em conformidade, portanto, contestam qualquer noção de masculino e feminino vigente. E gostariam que sua identidade de gênero fosse socialmente reconhecida. O processo de descoberta de sua orientação sexual (direção ou inclinação do desejo afetivo e erótico da pessoa) desvela crises pessoais (entre os valores tradicionais e os atuais) e, inúmeras vezes, rejeição familiar, resultando em

sentimentos de mágoa, tristeza, solidão, abandono. Há também aquelas pessoas que já com famílias constituídas assumem a transexualidade (BENTO, 2012). “Transgênero não é uma identidade de gênero, mas a circunstância sociopolítica e cultural que estabelece como transgressão e desvio de conduta a não conformidade de um indivíduo com as normas de conduta de gênero” (LANZ, 2015, p. 427).

Numa família trans, quem gera a prole é o homem trans e não a mulher, tendo os papéis sociais de mãe e pai invertidos, na lógica predominante da heterossexualidade.

As novas configurações familiares colocam em xeque a definição de família como uma instituição “natural” e universal. A família homossexual, transexual não se coaduna com a heteronormatividade que estaria, “naturalmente”, a serviço da preservação da espécie humana. A construção da família segue as transformações socioculturais, o que modifica a sua conformação, organização e propósito.

3.8 Ciclo vital da família

Os estágios do ciclo de vida familiar são aqui brevemente caracterizados. Na classe média, geralmente encontramos: (a) saindo de casa – jovens solteiros; (b) a união de famílias no novo casamento – o novo casal; (c) famílias com filhos pequenos; (d) famílias com adolescentes; (e) lançando os filhos e seguindo em frente; (f) famílias no estágio tardio de vida (CARTER; MCGOLDRICK, 1995).

Nas classes de baixa renda, de uma forma geral, o jovem precisa trabalhar e cuidar de seus irmãos; as famílias são basicamente geridas por mulheres; as meninas têm filhos cedo e, na mesma casa, convivem as três gerações, que cuidam e trabalham para seu autossustento. Eventos traumáticos ocorrem com frequência: pobreza, muito estresse relacionado à sobrevivência, rupturas de vínculos,

uso abusivo de drogas, comunidades que convivem com a violência do tráfico de drogas e armas, entre outros.

Quadro 1 – Ciclo vital da família e os fatores de risco para violência

Ciclo vital da família	**Fatores de risco para violência**
Gestação, parto e puerpério	Temores durante a gestação mobilizam na mulher defesas importantes, como negações, somatizações e reações maníacas, caso não haja esclarecimento e apoio. É comum os futuros pais sentirem-se ambivalentes e angustiados pelas profundas transformações de suas vidas. Nessa fase delicada, formas de violência contra a mulher podem trazer sérios danos para a vida e a saúde da mãe e do bebê.
O bebê e os pais	O choro e o sorriso do bebê são condutas que auxiliam aos pais a se aproximarem para comunicar e assegurar os cuidados necessários à sua sobrevivência. A capacidade do cuidador de reconhecer ou não as necessidades do bebê pode assegurar ou ameaçar a sua saúde psíquica e a violência contra o bebê pode produzir sérios danos ou até a morte.
A criança pré-escolar	Grande desenvolvimento na motricidade, no funcionamento cognitivo, na linguagem, nas trocas afetivas no mundo da fantasia, na identidade de gênero. A criança necessita de organizadores internos e externos que a respeitem e orientem. Formas de violência são marcadas por silêncio, impotência e imobilidade.

Ciclo vital da família	Fatores de risco para violência
A criança na idade escolar	Controle progressivo da conduta e manejo da frustração, maior interesse pelo mundo e pelos pares. Maior controle da impulsividade e crescente capacidade de socialização. Diferencia fantasia, sonho e realidade. Desenvolvimento do pensamento simbólico. Desigualdades de gênero e de gerações marcam assimetria de poder e formas de violência (de um tapa a torturas impensáveis) são tidas como “formas de educação”.
A puberdade e a adolescência	Mudanças corporais causadas por hormônios e típicas do crescimento físico, maturacional. O impacto dessas mudanças desencadeia alterações psicológicas e sociais que são influenciadas pelo contexto social, histórico, cultural e familiar. Amadurecimento das características sexuais e risco de uma gravidez precoce. Maior ligação com os pares e desilusão com a família. Grandes transformações nos jovens e necessidade de adaptação da família. Rigidez pode gerar violência, posse e invasão do corpo do jovem.
O adulto jovem	Encontra uma identidade própria e adquire capacidade de viver intimamente com uma pessoa, formando sua própria família. É o momento de consolidar o amor, o trabalho e a ética – separando-se dos pais –, ou de viver crises, sendo a faixa de maior risco para suicídio, homicídio e morte por acidente.

Ciclo vital da família	Fatores de risco para violência
A meia-idade	Aceitação de um corpo que envelhece e consciência de que a vida é finita. Reavaliação dos relacionamentos, do trabalho, da carreira, da confiança em si mesmo, da autoestima, da capacidade de correr riscos e viver incertezas. Coerência entre pensar, sentir, agir e intolerância com discrepâncias existentes. Mudanças físicas e hormonais, doenças degenerativas, diminuição do interesse sexual. Pode-se preferir a estagnação, a acomodação, a fuga do conflito, tendendo à insatisfação, ao desespero ou à depressão.
A velhice	O envelhecimento é marcado por perdas. É preciso encontrar reparação para perdas inevitáveis: saúde física, diminuição das capacidades, perda do cônjuge, do trabalho, declínio do padrão de vida, diminuição das responsabilidades, sentimento de solidão. A rede social e familiar torna-se importante e também os abusos e a violência contra o idoso, seu patrimônio, sua renda podem ser severos e deixá-lo frágil e impotente.

Fonte: Elzirik; Kapczinski; Bassols (2001).

Para refletir

Sua experiência profissional é predominantemente com qual dos segmentos da família: crianças, adolescentes, jovens, adultos, idosos? Trace um paralelo entre sua experiência e os fatores de risco apresentados no Quadro 1.

3.9 Tipos de violência na família

A violência intrafamiliar toma a forma de negligência, abuso físico, psicológico, sexual, incesto, violência econômica ou financeira, conceituações introduzidas no texto do Capítulo 1. Sua existência facilita a ocorrência do efeito cascata: praticada pelos avós com os pais, a violência repercute na geração dos filhos, que a praticarão com os netos e assim sucessivamente, caso não seja diagnosticada e devidamente tratada em seu contexto sociocultural.

O filme *Festa em Família*, dirigido por Thomas Vinterberg, de 1998, é um bom exemplo de alguns tipos de abuso aqui tratados.

O exercício do poder na vida familiar pode ser entendido de várias formas. Uma delas diz respeito ao conceito de gênero, construção cultural dos atributos de masculinidade e feminilidade, com expectativas culturais demarcadas em relação a cada um dos gêneros.

O sistema de gênero ordena a vida nas sociedades contemporâneas a partir da linguagem, dos símbolos, das instituições e hierarquias da organização social, da representação política e do poder. Os papéis de homem e mulher distinguem-se com base na interação desses elementos. Há desigualdade na distribuição do poder e da riqueza entre homens e mulheres, apesar de a norma legal ser a de igualdade entre eles. Uma das explicações para a submissão da mulher trata da necessidade de os homens assegurarem a posse de seu patrimônio e de sua

descendência, uma vez que a maternidade é certa e a paternidade incerta. Além dessas, ocorre um sistema rígido de divisão sexual do trabalho de forma que a mulher é tutelada pelo homem: marido, tio ou pai.

A divisão sexual do trabalho regulamenta a reprodução e a organização da família. Entretanto, o que inicialmente era uma construção sociocultural acabou conferindo uma correlação entre sexo e personalidade: é tomado como natural que os homens tenham mais poderes do que as mulheres. Sob essa ótica, torna-se plausível pensar que o homem tem autoridade sobre a mulher, fato que pode justificar como natural a sua violência contra ela. Esse tipo de pensamento faz parte da vida cotidiana, aparecendo na aceitação da violência masculina e no fato de muitas mulheres não reconhecerem a violência que sofrem.

Quadro 2 – Fatores de risco e de proteção à violência intrafamiliar

Fatores de risco	**Fatores de proteção**
Distribuição desigual de autoridade e poder, conforme os papéis de gênero, sociais, sexuais atribuídos a seus membros.	Autoridade e poder marcados pelo diálogo entre adultos e filhos com participação em assuntos nos quais eles possam contribuir.
Relações familiares rigidamente centradas em papéis e funções definidos, sem espaço para alguma flexibilidade.	Relações familiares flexíveis, mantendo o exercício da educação com autoridade e afeto, sem autoritarismo.
Famílias amalgamadas, com diferenciação difusa de papéis e limites, e nível muito baixo de autonomia de seus membros.	Famílias cujo objetivo é criar os filhos para lutarem por seus ideais, incentivando a liberdade de reflexão e ação.
Famílias em permanente tensão, impulsivas e agressivas, com dificuldade de diálogo, mal equipadas para lidar com conflitos.	Famílias que gostam de prosear, se interessam pela vida dos familiares e praticam as habilidades para descontrair a pressão.
Famílias fechadas em si, sem abertura para o mundo externo, por isso mantendo padrões repetitivos de conduta.	Famílias que gostam da convivência familiar aliada à troca com o mundo externo para seu desenvolvimento e crescimento.
Famílias em situação de crise e de perdas, sem instrumental para lidar com ambas.	Famílias que aprenderam a acatar e a lidar com as crises, crescendo com elas.

Fatores de risco	Fatores de proteção
Vivência de um modelo violento na família de origem de um dos cônjuges.	Vivências de situações de violência que não se instauraram na cotidianidade.
Maior incidência de violência na família devido a uso abusivo de drogas.	Não uso ou uso “social” ou “recreativo” de drogas, minimizando a violência familiar.
História de antecedentes criminais ou uso de armas na família.	Famílias sem história de uso de armas e sem antecedentes criminais.
Comprometimento psicológico-psiquiátrico, agudo ou crônico, de familiares.	Famílias com transtornos psiquiátricos que conseguiram tratar e lidar bem com eles.
Dependência econômica, emocional e baixa autoestima, influenciando no fracasso em lidar com situações de violência.	Famílias que estimulam a independência, criando mecanismos para lidar com a baixa autoestima (pela expressão de seu amor).

Fonte: Elaboração da autora baseada no Ministério da Saúde (BRASIL, 2002).
Nota: Na primeira coluna, a autora usou dados do MS e elaborou a segunda coluna para dialogar com a anterior.

3.10 Dois pontos de vista acerca da educação dos filhos

O jornal *O Globo* de 20 de fevereiro de 2006, na seção “Opinião”, publicou a visão de alguns leitores sobre a possibilidade de aprovação de uma lei que proíbe a agressão física de pais sobre filhos, seguindo uma tendência existente

em vários países. Leia atentamente as duas reportagens a seguir e pense a respeito.

Violência e afeto*

*Ana Maria Iencarelli***

O Projeto de Lei n. 2.654/03, que já foi aprovado pela comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, prevê a interdição do castigo físico, suscitando várias questões polêmicas. Por trás do tema está o prazer profundo pelo poder da posse do corpo de nossos filhos, crianças e adolescentes, em lugar da responsabilidade. Essa distorção patrocina a ação desgovernada de mentes patológicas na prática de espancamentos que tanto nos horrorizam.

Segundo a Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência, as mães ocupam o primeiro lugar nas estatísticas: 52% dos casos de violência física são praticados por elas, contra 24% praticados pelos pais, 8% por padrastos e madrastas e 13% por outros parentes, restando 3% por não parentes. Se acrescentarmos as "palmadas moderadas educativas" a esses índices obtidos com base em denúncias, chegaremos a 70% ou 80% de mães batendo em seus filhos. É a distorção da maternidade: saiu do meu corpo, é meu.

A violência é um componente da mente humana que a civilização e a cultura vêm tentando reprimir. Na Roma antiga, o pai detinha o poder de jogar os filhos nas prisões, flagelá-los e mantê-los acorrentados. Em outra época, mulheres sifilíticas davam de mamar a bebês na crença de que se livrariam da doença. O infanticídio foi tolerado até o fim do século XVII.

Já não aceitamos essas condutas, nem mesmo a palmatória que era usada pela professora nas escolas. Mas, com toda a civilidade que conseguimos, a humanidade ainda não é competente diante de seu

impulso destrutivo. Guerra, terrorismo, corrupção são perversões humanas que trazem o prazer de “fortes” sobre “fracos”, o prazer do exercício da opressão.
Ouvi um educador falar em defesa da palmada “educativa”. Para ele, a nova lei seria uma interferência na vida familiar, com “o Estado entrando em casa onde a supremacia tem que ser dos pais”. Concordando, estaremos legitimando o desrespeito ao corpo do outro visto como posse: o pai, a mãe que bate no(a) filho(a), que abusa sexualmente do(a) filho(a), o marido que bate na mulher, ou seja, o mais forte exercendo o poder segundo sua arbitragem. Aliás, vale lembrar que os pais param de aplicar castigos físicos quando seus filhos crescem, e a relação das dimensões corporais entre eles deixa de ser assimétrica.
É preciso ter a garantia da fragilidade do outro para banir o insuportável medo de sua própria impotência, que então cede lugar a uma ilusória, mas prazerosa, sensação de onipotência. É assim que fazem os pais com seus filhos, é o que fazem estes filhos como autores de *bullying* na escola, é o que continuam a fazer como *pitboys* nas festas e é desse modo que passam a fazer de novo com seus filhos, numa repetição doentia.

Saiba mais sobre o *bullying* na parte II deste livro, Capítulo 8.

O Dr. Aramis Lopes Neto, coordenador do Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes, da Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência, aponta as condições adversas na família que favorecem a agressividade nas crianças. “Pode-se identificar a desestruturação familiar, o relacionamento afetivo pobre, a permissividade e a

prática de maus-tratos físicos ou explosões emocionais como forma de afirmação de poder dos pais.”
Nas últimas semanas assistimos à sucessão de notícias de crianças vítimas de maus-tratos físicos: Lucas, dois anos, tinha queimaduras e hemorragia nasal; o bebê de Nova Iguaçu, ainda com o cordão umbilical, foi jogado na rua e atropelado; uma levou um chute e rolou uma escada; outra foi espancada pela mãe e o padrasto até a morte. Esqueceremos essas monstruosidades, como esquecemos de uma Paloma, de nove meses, que morreu de traumatismo craniano, há quatro anos.
Castigo físico não é educativo.
Como especialista, afirmo que bater, gritar e humilhar causam dano permanente à mente em desenvolvimento. Sabemos todos que a violência é endêmica. Portanto, é preciso escutar melhor e se responsabilizar, porque a violência nasce quando morrem a palavra e o afeto.
* Fonte: Iencarelli (2006).
** Ana Maria Iencarelli é psicanalista e presidente da Associação Brasileira de Proteção à Infância e à Adolescência.

Palmadas*

*Denis Lerrer Rosenfield***

Talvez estejamos diante de uma das maiores excrescências em termos de projeto de lei, o que procura proibir que pais punam seus filhos com palmadas. O projeto se encontra em fase avançada na Câmara dos
Deputados, sem que esse “avanço” signifique uma lei avançada caso seja eventualmente aprovada.
Aparentemente, o seu objetivo pode parecer nobre, como se, assim, houvesse um progresso no que diz respeito aos direitos humanos ou a uma relação mais

“correta” entre pais e filhos. Como sucede frequentemente em tais casos, o discurso do politicamente correto embute, por meio de uma lei, o Estado dentro da família, tornando-a tributária de uma instância que “sabe” o que é melhor para os seus membros.

Uma questão das mais relevantes consiste em determinar onde termina a soberania do Estado, onde fronteiras são estabelecidas que delimitem que a sua noção de bem se introduza. O Estado, por exemplo, poderia ter a função de reger as relações de poder entre os cidadãos, uma função de legalidade ao assegurar a paz pública e a de evitar uma exacerbação das tensões sociais pelas gritantes desigualdades, sem que daí se siga uma outra função, a que consiste em impor para cada um o que considera o “bem”. Sociedades totalitárias foram as que “sabiam” o que deveria ser a humanidade e procuraram impor, a ferro e fogo, esse tipo de sabedoria como sendo absoluta. Essa situação política limite pode nos mostrar a que ponto pode chegar a atuação do Estado, se um freio não for posto à sua ação, e ele começa em casos tão anódinos como o de uma “palmadinha”.

A relação pai/filhos é uma relação que, historicamente, se fez ao abrigo do Estado, a partir de regras que foram evoluindo conforme as mudanças de mentalidade e de concepção do mundo. Ideias configuram o nosso mundo e, na medida em que essas ideias mudam, o mesmo ocorre com as relações humanas às quais dão forma. Assim, pais podem perfeitamente escolher não punir os seus filhos com palmadas, enquanto outros pensam ser necessária a aplicação desse tipo de castigo. Em todo caso, cabe aos pais a escolha daquilo que pensam ser o melhor para os seus filhos. O que não podem, porém, é renunciar a esse poder de escolha, em benefício de uma instância estatal que por eles decida. Se abdicarem

desse direito, darão mais um passo para uma condição servil.
Imaginem o Estado interferindo diretamente nas relações familiares. O que acontecerá? Filhos processarão os seus pais? Utilizarão uma tal medida como instrumento de chantagem? Será necessária a contratação de advogados para que as “partes” se defendam? E partes aqui vêm a significar “partes desmembradas” de um corpo que era uno e esse processo de desmembramento seria operado pelo Estado, que romperia a unidade familiar. Se o Estado já aparece como comensal na mesa da casa, por intermédio de uma tributação que alcança em torno de 40% da renda familiar, comendo literalmente o que poderia ser aproveitado de uma outra maneira pela família, ele se coloca, ainda, na posição de saber o que é o bem da família, disciplinando a sua relação. Trata-se, sem dúvida, de um comensal bastante invasivo, a ponto de destituir a autoridade parental.
Ora, se a autoridade parental é debilitada, senão anulada, cria-se uma situação de anomia, de ausência de regras, a partir da qual as situações de agressão, de ameaças e de desrespeito podem se desenvolver. Em vez de coibir uma situação desse tipo, o projeto de lei em questão pode, ao contrário do pretendido, propiciar situações desse tipo, fazendo com que filhos se ancorem no Estado e não na família. Pais, por sua vez, deveriam ter sempre em mente que, se punirem seus filhos com “palmadinhas”, o Estado, em sua onipotência, poderá irromper em seu lar. O dever ser moral se esvai em proveito de uma instância estatal, que passaria a controlar ainda mais a vida de cada cidadão, reduzindo drasticamente a liberdade de escolha e minando a base mesma da família.
Aliás, seria essa uma boa razão para um referendo. Que tal as seguintes perguntas: “Cabe ao Estado disciplinar

as relações entre pais e filhos? Cabe ao Estado determinar se palmadas devem ou não ser aplicadas por pais aos seus filhos?”
* Fonte: Rosenfield (2006).
** Denis Lerrer Rosenfield é professor de filosofia na Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Analisando as reportagens, observamos que os dois textos refletem posições polarizadas sobre o projeto de lei n. 2.654/03, já aprovado pela comissão de Constituição e Justiça da Câmara dos Deputados, que prevê a interdição do castigo físico.

Iencarelli (2006) levanta a questão de que os pais teriam a “posse do corpo dos filhos, em lugar da responsabilidade”. Essa distorção, segundo a autora, “patrocina a ação desgovernada de mentes patológicas na prática de espancamentos que tanto nos horrorizam”. Logo de início, portanto, sabemos o contexto que irá privilegiar sobre o assunto “palmadas”: o do abuso físico que os filhos sofrem dentro do lar, porque para a autora a “violência é um componente da mente humana que a civilização e a cultura vêm tentando reprimir”, aparentemente sem sucesso. Diz Iencarelli (2006): “com toda a civilidade que conseguimos, a humanidade ainda não é competente diante de seu impulso destrutivo: perversões humanas que trazem o prazer de ‘fortes’ sobre ‘fracos’, o prazer do exercício da opressão”. Congruente com o seu ponto de vista, Iencarelli se coloca a favor da lei anteriormente referida.

Do outro lado está Rosenfield (2006), para quem “talvez estejamos diante de uma das maiores excrescências em termos de projeto de lei, o que procura proibir que pais punam seus filhos com palmadas”. O autor, que se coloca contra a lei referida, alerta que um discurso politicamente correto, como o que não permite que os pais batam em seus filhos, “embute, por meio de uma lei, o Estado dentro da família, tornando-a tributária de uma instância que ‘sabe’ o

que é melhor para os seus membros”. Um Estado “totalitário”, na visão de Rosenfield.

Segundo os dois artigos, estamos diante de uma **humanidade destrutiva** em seu âmago ou de um **Estado totalitário** que a tudo veria e controlaria?

Azevedo e Guerra (2001), coordenadoras do Laboratório de Estudos da Criança (Lacri), discutem o quão é arraigada na família brasileira a “mania de bater” em crianças. Segundo as autoras seria possível discernir, embora com nuances bastante sutis, as noções de “disciplina” e “castigo”. A primeira indicaria o uso da agressão física por parte de pais ou responsáveis com intuito de “ensinar”, existindo aí uma concepção preventiva a novos erros; a segunda noção traria a ideia de punição por erros e falhas cometidos.

Outro filme ao qual você pode assistir para ajudar a refletir sobre o tema é *Kramer x Kramer*, de Robert Bentoni (1979).

Kramer x Kramer é um filme norte-americano de 1979, escrito, realizado e dirigido por Robert Benton, estrelado por Dustin Hoffman, Meryl Streep, Justin Henry. Conta a história de um divórcio, relatando seu impacto sobre a vida dos envolvidos, com foco nas nuances da briga judicial pela guarda do filho do ex-casal, ainda criança.

Acreditamos que a naturalização que as agressões físicas têm na sociedade contemporânea precisa ser questionada e

debatida com um nível de complexidade maior do que vem sendo feito. É a negociação entre a cultura e a sociedade que delimita se existe algum padrão de agressão física que possa continuar a ser admitido como estratégia educativa positiva. Cabe a nós, profissionais que lidam com crianças e adolescentes, e aos cidadãos em geral, nos capacitarmos e nos pronunciarmos nessa reavaliação de modos de viver. Compreender melhor como a naturalização e a articulação entre violência física familiar, escolar e comunitária se potencializam pode nos ajudar a tomar uma atitude contrária à prática de agressões físicas em qualquer nível do relacionamento humano.

3.11 Referências

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F. (org.). *O livro das famílias*: conversando sobre a vida e sobre os filhos. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos*: formação da auto-estima na infância e na adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004. (Criança, mulher e saúde).

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência*: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. *Mania de bater*: a punição corporal doméstica de crianças e adolescentes no Brasil. São Paulo: Iglu, 2001.

BASTOS, E. R. Um debate sobre a questão do negro no Brasil. *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 2, n. 2, p. 20-26, 1991.

BENTO, B. As famílias que habitam “a família”. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 15, n. 2, p. 275-283, 2012.

BERGER, P. L.; LUCKMANN, T. *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes, 2002.

BERNAL, I. L. Atención familiar. *In*: SINTES, R. A. *et al*. Temas de medicina general integra. La Habana: Editorial Ciencias Medicas, 2001. v. 1, p. 209-234.

BILAC, E. D. Sobre as transformações nas estruturas familiares no Brasil: notas muito preliminares. *In*: RIBEIRO, I.; RIBEIRO, A. C. T. (org.). *Família em processos contemporâneos*: inovações culturais na sociedade brasileira. São Paulo: Loyola, 1995. p. 43-61.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar*: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de atenção básica, 8).

BRUSCHINI, C. Teoria crítica da família. *In*: AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. (org.). *Infância e violência doméstica*: fronteiras do conhecimento. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000. p. 49-79.

CANDIDO, A. The Brazilian family. *In*: SMITH, L. E.; MARCHANT, A. (org.). *Brazil*: portrait of half a continent. New Iorque: The Dryden Press, 1951.

CARTER, B.; MACGOLDRICK, M. *As mudanças no ciclo de vida familiar*: uma estrutura para a terapia familiar. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAVALCANTE, F. G. *Pessoas muito especiais*: a construção social do portador de deficiência e a reinvenção da família. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

CORRÊA, M. *Colcha de retalhos*: estudos sobre a família no Brasil. 3. ed. São Paulo: Unicamp, 1994.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SILVA, H. O. (coord.). *Famílias*: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: Claves: UNICEF, 2004.

ELZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. (org.). *O ciclo da vida humana*: uma perspectiva psicodinâmica. Porto

Alegre: Artmed, 2001.

FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. *O fim do silêncio na violência familiar*: teoria e prática. São Paulo: Agora, 2002.

FIGUEIRA, S. A. *et al*. O “moderno” e o “arcaico” na nova família brasileira. *In*: FIGUEIRA, S. A. (org.). *Uma nova família?*: o moderno e o arcaico na família de classe média brasileira. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1987. p. 12-30.

FREYRE, G. *Casa-grande & senzala*. 29. ed. Rio de Janeiro: Record, 1994. GONÇALVES, H. S. *Infância e violência no Brasil*. Rio de Janeiro: NAU Ed., 2003.

A GUERRA dos Roses. Direção Danny De Vito. São Paulo: Fox, 1989. 1 DVD (116 min), son., color.

HEILBORN, M. L. *Dois é par*: gênero e identidade sexual em contexto igualitário. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

HELLER, A. *O cotidiano e a história*. São Paulo: Paz e Terra, 2000.

HOLANDA, S. B. *Raízes do Brasil*. 12. ed. Rio de Janeiro: José Olympio, 1978.

IENCARELLI, A. M. Violência ou afeto? *O Globo*, Rio de Janeiro, 20 fev. 2006. [Seção] Opinião. Disponível em: http://www.aleitamento.com/a_artigos.asp?id=7&id_subcategoria=13. Acesso em: 12 nov. 2007.

INSTITUTO SEDES SAPIENTIAE. *O fim da omissão*: a implantação de pólos de prevenção à violência doméstica. São Paulo: Fundação Abrinq, 2002.

KRAMER vs Kramer. Direção Robert Benton. [*S. l.*]: Sony Pictures, 1979. 1 DVD (105 min), son., color.

KRUG, E. G. *et al*. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LANZ, L. *O corpo da roupa*: a pessoa transgênera entre a conformidade e a transgressão das normas de gênero. Curitiba: Transgente, 2015.

LÉVI-STRAUSS, C. *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós Ibérica, 1981.

MINAYO, M. C. S. *et al*. *Fala galera*: juventude, violência e cidadania na cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Garamond, 1999.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. É possível prevenir a violência?: reflexões a partir do campo da saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 4, p. 7-23, 1999.

MOURA, C. *As injustiças de Clio*: o negro na historiografia brasileira. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

OLIVEIRA, M. B. *Famílias compostas por pessoas trans*: o que muda nesta configuração familiar? [Florianópolis: UFSC, 2016?].

ROSENFIELD, D. L. Palmadas. *O Globo*, Rio de Janeiro, 20 fev. 2006. [Seção] Opinião. Disponível em: http://clipping.planejamento.gov.br/Notícias.asp?NOTCod=250497. Acesso em: 18 nov. 2008.

VELHO, G. Memória, identidade e projeto. *In*: VELHO, G. (org.). *Projeto e metamorfose*: antropologia das sociedades complexas. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 97-105.

4. É possível prevenir a violência? Refletindo sobre risco, proteção, prevenção e promoção da saúde

Simone Gonçalves de Assis, Joviana Quintes Avanci

O objetivo deste capítulo é refletir sobre os fatores de risco e de proteção à violência, tendo como norte as noções de prevenção à violência e de promoção da saúde. Propõe-se que esses caminhos sejam tomados como prioritários na agenda dos profissionais e gestores da saúde que lidam com o tema.

Apesar de a violência ter estado sempre presente na história da humanidade, ela não é parte inevitável da condição humana. Seres humanos aprendem a conviver com

a violência desde muito cedo. Da mesma forma que aprendem, podem desaprender. Os fatores que contribuem para respostas violentas podem ser mudados, a exemplo de complicações como as ligadas à gravidez e ao parto e às doenças infecciosas. Aos poucos, eles têm sido evitados e reduzidos em muitos países.

A prevenção da violência é um passo ainda mais recente do que o seu reconhecimento pelas pessoas, instituições e sociedades. Órgãos internacionais têm, em anos recentes, se preocupado em encontrar caminhos para a prevenção.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), há passos importantes para a prevenção dos vários tipos de violência (KRUG *et al.*, 2002): criar, implementar e monitorar planos de ação nacionais para a prevenção da violência, bem como tratados internacionais e leis; aumentar a capacidade de coleta/gestão de dados sobre violência; estimular a pesquisa sobre violência – suas causas, consequências e prevenção; promover a prevenção primária da violência; fortalecer os serviços de atendimento e apoio às vítimas; ação multissetorial; e promover a igualdade de gênero e social, bem como buscar mudanças culturais e sociais que apoiem a prevenção da violência.

A Agenda 2030 da Organização das Nações Unidas (ONU) (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2015) destaca em alguns Objetivos de Desenvolvimento Sustentável a violência e sua prevenção, indicando a necessidade de ação multinacional e multissetorial:

- Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração sexual e de outros tipos;
- Eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças e mutilações genitais femininas;

- Reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada, em todos os lugares;
- Acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças.

Outros objetivos como acesso à saúde universal, redução da pobreza e da desigualdade, proteção social, educação, saúde mental, dentre outros, apoiam a noção de prevenção da violência (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2017).

Neste capítulo, inicialmente abordamos os fatores de risco em alguns grupos sociais mais tradicionalmente vulneráveis. A seguir, apresentamos, de forma mais ampla, mecanismos de prevenção à violência e de promoção da saúde que necessitam ser implementados e fortalecidos na prática em saúde. Damos ao enfoque da prevenção à violência e da promoção da saúde um caráter prioritário, considerando sua relevância no delineamento de políticas públicas e os resultados bem-sucedidos e de larga escala que são atingidos quando se toma como norte a prevenção e a promoção de saúde, e a qualidade de vida.

Breve histórico do conceito de risco

O conceito de risco vem mudando consideravelmente na época moderna. Inicialmente era tido como sinônimo de perigo, contingência e azar.

Ao longo da modernidade, passou a envolver a avaliação calculada de algum investimento em relação a possíveis ganhos ou perdas (na área de seguro, nos jogos de azar).

Para as ciências sociais ligadas à saúde, o risco pode ser mais bem entendido como um conceito instituído histórica e culturalmente. Entram em cena os valores imaginários e subjetivos, impossíveis de serem descartados quando se tenta entender por que alguém

decide enfrentar um risco ou não. Recentemente, sociólogos e antropólogos vêm dando prioridade à discussão da noção de viver arriscadamente como parte do sentido de aventura e prazer. A tendência à busca de sentido da vida na emoção e adrenalina é uma característica da atualidade, da dita sociedade de risco. Podemos dizer que a ideia de risco e o seu enfrentamento sempre fizeram parte da vida, constituindo-se em essência da existência humana.
Na área da saúde, esse aspecto subjetivo não tem tido enfoque prioritário. Tradicionalmente, o risco é concebido como um correspondente epidemiológico do conceito matemático de probabilidade, podendo ser definido como a probabilidade de um membro de uma população específica desenvolver uma dada doença em certo período, conforme apresentado no Capítulo 5. No nosso caso, podemos dizer que significa a probabilidade de se ter determinado atributo que facilita se tornar vítima ou agente de violência, em um período determinado. Por estarmos falando de probabilidade, temos que ter clareza que estamos indicando a chance de surgirem alguns comportamentos, em vez de estarmos afirmando esse fato (CONSTANTINO, 2006).

4.1 Fatores de risco às diversas formas de violência

Os fatores de risco à violência têm sido temas de textos científicos há algumas décadas.

Apresentamos a seguir os fatores de risco para alguns grupos etários ou de maior vulnerabilidade, a partir de uma abordagem ecológica que considera as interações que ocorrem entre diversos sistemas, hierarquicamente dispostos: indivíduo, relacionamento, comunidade e

sociedade. Nesse enfoque, valem mais as interações entre os níveis do que o poder de um fator isolado para provocar o comportamento violento ou a vulnerabilidade à vitimização.

Para refletir

A partir de sua experiência, procure relacionar os fatores de risco à violência.

Uma interessante revisão sobre o assunto pode ser vista no Relatório Mundial sobre Violência e Saúde, da Organização Mundial da Saúde, 2002, organizado por Krug E. G. *et al*.

4.1.1 Criança e adolescente

Na violência contra a criança e o adolescente, por parte dos pais e de outros responsáveis, vários estudos indicam que crianças mais novas sofrem mais agressões físicas fatais e não fatais e, dentre elas, os meninos. As meninas correm mais risco em relação ao infanticídio, ao abuso sexual, à negligência educacional e nutricional, e à prostituição forçada. Quanto à estrutura e aos recursos familiares, pais/mães jovens, solteiros, pobres, desempregados e com nível educacional inferior ao de seus parceiros que não cometem violência têm mais risco de usar a violência contra seus filhos. Ambientes familiares instáveis e com muitas crianças (quatro ou mais) são também muito vulneráveis. Pais com baixa autoestima, controle deficiente de seus impulsos, problemas de saúde mental e comportamentos

antissociais estão mais sujeitos a praticar abuso físico contra seus filhos; eles também apresentam dificuldade para lidar com o estresse, para buscar sistemas de apoio social, bem como tendem a apresentar comportamento irritadiço e perturbações ao estado de humor e atitudes de seus filhos, sendo mais controladores e hostis. Um outro fator importante sugerido é o maior risco de pais que foram maltratados na infância fazerem o mesmo com seus filhos. A violência perpetrada por parceiros íntimos também é muito associada à violência contra os filhos, criando um lar onde as agressões e violências tornam-se forma privilegiada de resolução de conflitos. Outras características parentais – como o abuso de substâncias, o estresse e o isolamento social, às vezes oriundas da mudança de emprego, perda de renda, problemas de saúde ou outros aspectos do ambiente familiar – podem aumentar o nível de conflito em casa e afetar a habilidade dos membros em lidar com esses conflitos e encontrar apoio (KRUG *et al.*, 2002).

Quanto aos fatores comunitários, elevados níveis de desemprego, concentração de pobreza e elevados níveis de rotatividade populacional aumentam o risco de maus-tratos às crianças e aos adolescentes. A pobreza afeta a população infantojuvenil por meio de seu impacto no comportamento parental e na deterioração de infraestruturas físicas e sociais da comunidade. Outros fatores culturais e sociais – como normas culturais que circundam os papéis do casal, das relações entre pais e filhos e a privacidade da família; as políticas infantis e familiares; as frágeis fontes de proteção social para as crianças e famílias e receptividade do sistema criminal – também podem afetar a capacidade parental em relação aos cuidados com os filhos (KRUG *et al.*, 2002).

4.1.2 Jovens e infrações

Para a violência juvenil, os fatores individuais de risco são as lesões e complicações associadas à gravidez e ao parto, o

que poderia produzir danos neurológicos que facilitariam a ocorrência de violência. No entanto, nessas complicações gestacionais, o prognóstico de risco da violência ocorre, apenas ou principalmente, quando tais problemas se combinam com outros, típicos do meio em que a criança vive. Entre os fatores relacionados à personalidade e ao comportamento estão: hiperatividade, impulsividade, controle comportamental deficiente e problemas de atenção. Os baixos níveis de desempenho escolar têm sido também associados à violência juvenil. Fatores associados às relações interpessoais dos jovens com sua família, amigos e colegas também podem afetar muito o comportamento agressivo e violento, e podem moldar os traços de personalidade. Na família, também contribuem o monitoramento e a supervisão deficiente dos pais, e o uso de punições físicas severas para disciplinar as crianças, os conflitos familiares e a ligação afetiva deficiente entre os pais e as crianças. E mais: o grande número de crianças na família, mãe muito jovem e o baixo nível de coesão familiar. A estrutura familiar com a presença de apenas um dos pais na família é um fator importante, pois, nessas situações, as restrições de acesso a apoio e recursos econômicos deficientes podem ser as causas de violências futuras (KRUG *et al.*, 2002).

Expandindo as relações, o fato de ter amigos infratores está associado à violência nas pessoas jovens. Na vida da comunidade, meninos de áreas urbanas e aqueles que moram em bairros com elevados índices de criminalidade têm maior probabilidade de se envolver em comportamentos violentos do que os que vivem em outro local. A presença de gangues, armas e drogas em um lugar também é uma mistura potente.

A ausência de regras, normas, obrigações e confiança nas relações sociais e instituições tende a propiciar baixo desempenho escolar e levar a uma maior probabilidade de abandono de objetivos, provocando a violência juvenil. As rápidas mudanças demográficas na população jovem, a

modernização, emigração, urbanização e políticas sociais em transformação têm sido vinculadas ao aumento desse tipo de violência na população jovem, além da má distribuição de renda e da qualidade dos governos nacional e local, sua estrutura legal e políticas de proteção social à população. Nas influências culturais, as normas e os valores de resolução de conflitos e de respostas às mudanças de uma sociedade influem no comportamento violento, assim como a sua propagação pela mídia (KRUG *et al.*, 2002).

4.1.3 Homens e mulheres

No que se refere à violência perpetrada por parceiros íntimos, ainda é limitada a informação sobre quais fatores se destacam no risco a essa forma de violência. No Quadro 1, é apresentado um resumo de fatores que são colocados como risco à violência do homem contra a sua parceira, havendo um desconhecimento de estudos que investiguem os fatores que elevariam a violência da mulher contra o homem. As informações expostas devem ser vistas como não conclusivas (KRUG *et al.*, 2002).

Quadro 1 – Fatores associados ao risco de um homem cometer violência contra a parceira

Fatores individuais	**Fatores relacionais**	**Fatores comunitários**	**Fatores sociais**
Pouca idade	Conflito no casamento	Fracas sanções comunitárias à violência doméstica	Normas tradicionais de gênero
Excesso de bebida	Instabilidade no casamento	Pobreza	Normas sociais que apoiam a violência
Depressão	Domínio masculino na família	Baixo capital social (estabelecimento de regras, normas, obrigações, reciprocidade e confiança nas relações sociais e institucionais)	
Transtorno de personalidade (comportamento dependente, antissocial ou agressivo)	Estresse econômico		
Baixo rendimento acadêmico	Vida familiar precária		
Baixa renda			

Fatores individuais	**Fatores relacionais**	**Fatores comunitários**	**Fatores sociais**
Ter testemunhado ou vivido a violência quando criança			

Fonte: Adaptado do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et al*., 2002).

Na violência sexual dos homens contra as mulheres, outros fatores de risco entram em cena (Quadro 2).

Quadro 2 – Fatores que aumentam o risco de o homem cometer estupro

Fatores individuais	**Fatores relacionais**	**Fatores comunitários**	**Fatores sociais**
Uso de álcool e drogas	Colegas sexualmente agressivos e delinquentes	Pobreza (resultando em crise da identidade masculina)	Normas sociais que apoiam a violência sexual
Fantasias de coação sexual e outras atitudes que apoiam a violência sexual	Ambiente familiar caracterizado pela violência física e poucos recursos	Falta de oportunidade de emprego	Normas sociais que apoiam a superioridade masculina e o direito sexual
Tendências impulsivas e antissociais	Forte ambiente familiar ou relacionamento patriarcal	Falta de apoio institucional pela polícia e pelo sistema judiciário	Leis e políticas fracas relacionadas à violência sexual e à igualdade de gênero
Preferência por sexo impessoal	Ambiente familiar sem apoio emocional	Tolerância em relação à agressão sexual	Altos níveis de crimes e de outras formas de violência

Fonte: Reproduzido do Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (KRUG *et al*., 2002).

Pouco se sabe a respeito de fatores de risco para a violência sobre homens – nas relações entre parceiros

sexuais e nas relações entre parceiros íntimos do mesmo sexo – seja ela física, psicológica ou sexual.

Para refletir

Você pode exemplificar fatores de risco de violência para os homens no dia a dia do seu serviço?

4.1.4 Idoso

No que se refere à violência contra o idoso, há controvérsias quanto ao nível de debilidade cognitiva e física daqueles que são vítimas de abuso, assim como o gênero mais vulnerável. Um importante fator de risco é a natureza do relacionamento anterior entre a pessoa que cuida e o idoso. A combinação entre estresse, relacionamento do cuidador com o idoso, comportamento violento e agressividade por parte de quem recebe os cuidados, e ainda a depressão de quem cuida é um “gatilho” para a violência contra a pessoa idosa. Os agressores são mais propensos a distúrbio de personalidade, a problemas de alcoolismo e a dificuldades financeiras.

O fator comunitário de isolamento social é bastante significativo nessa forma de violência, podendo ser tanto a causa como a consequência do abuso. Normas culturais e tradições, como discriminação etária, sexual e a cultura de violência, desempenham um papel subjacente importante. Os idosos frequentemente são retratados como frágeis e dependentes, e como menos dignos de receber recursos governamentais ou até mesmo cuidados da família. Estudos realizados na China e na Europa Oriental apontam outros fatores de risco: alto índice de desemprego, falta de estabilidade e segurança social, agressividade dos jovens contra os idosos e a reestruturação ou a falta de redes básicas de apoio para essa população.

4.1.5 Populações

A **violência coletiva** se deve a alguns outros fatores de risco:

1. **Fatores políticos:** ausência de processos democráticos e desigualdade de acesso ao poder (seja por área geográfica, classe social, religião, raça ou etnia).
2. **Fatores econômicos:** distribuição e acesso excessivamente desigual a recursos (particularmente de saúde e educação), controle dos recursos naturais mais importantes, controle de produção ou tráfico de drogas.
3. **Fatores sociais e da comunidade:** desigualdade entre grupos, acirramento do fanatismo de grupo em alguns aspectos (étnicos, nacionais ou religiosos), disponibilidade fácil de armas e outros armamentos de pequeno porte.
4. **Fatores demográficos:** rápida mudança demográfica.

Para refletir

No dia a dia do seu serviço, independentemente do grupo vitimado pela violência, quais dos fatores de risco apresentados parecem exercer mais influência para que ocorra violência?

4.2 Enfocando a prevenção à violência e a promoção da saúde

Por muitos anos, o enfoque do combate e da redução do risco no enfrentamento da violência e das doenças foi estratégia adotada nos estudos e nas políticas públicas mundiais. Não obstante, mais recentemente, a abordagem da prevenção aos problemas e da promoção da saúde vem chamando atenção dos estudiosos e profissionais da saúde

para a necessidade de fortalecer os fatores de proteção dos indivíduos, das famílias, de instituições sociais e da sociedade. Esses fatores, quando presentes, contrabalançariam os efeitos negativos advindos dos fatores de risco, reduzindo-os ou extinguindo-os. Essa abordagem de promoção da saúde tem sido muito utilizada na área de prevenção e enfrentamento da violência.

> Prevenir a violência significa, por meio de uma providência precoce, antecipar, evitar ou tornar impossível que esse fenômeno aconteça.

Figura 1 – Prevenção à violência e promoção da saúde

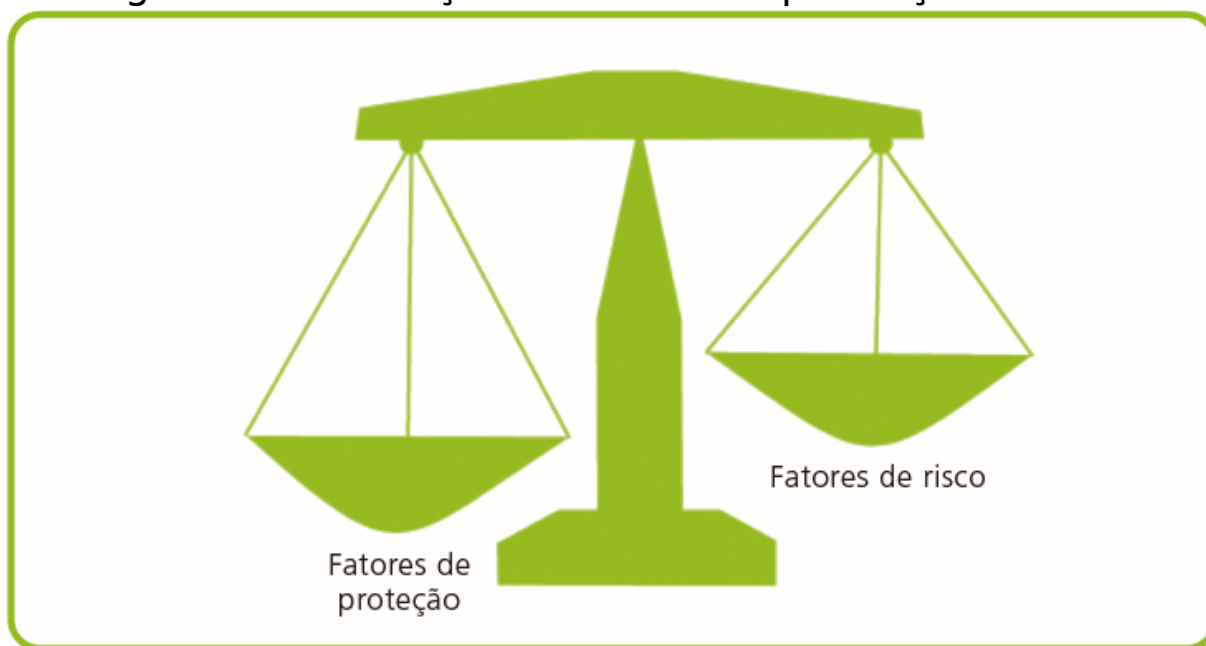



Ilustração: Assis (2006).

Pensar na prevenção das situações de violência parece um alvo difícil e supérfluo, quando nos deparamos com situações muito graves.

O conceito de prevenção teve grande impacto na área da saúde desde os anos 50 do século passado. Leavell e Clarck (1976) concebiam que os objetivos finais de toda atividade

de saúde seriam a promoção da saúde, a prevenção das doenças e o prolongamento da vida. Suas ideias permanecem importantes, embora evoluções tenham surgido nas décadas seguintes.

Ela tem como alcance a população em geral. Campanhas de mídia sobre a interrupção da violência contra a mulher são um exemplo de prevenção realizada para mudar a cultura da população, que admite a agressão como forma de relacionamento.

Logo, sistemas assistenciais e redes de apoio social e comunitário são cruciais para a identificação de casos e de populações sob risco de violência.

A **prevenção primária** se destina a evitar que a violência surja, atuando sobre os fatores que contribuem para sua ocorrência e sobre os agentes dela em tempo anterior à ação violenta.
A **prevenção secundária** se realiza quando a violência já ocorreu. Significa respostas mais imediatas à violência, enfocando a capacidade de diagnóstico, o tratamento precoce e a limitação da invalidez.
A **prevenção terciária** compõe-se de respostas mais a longo prazo, visando intervir, controlar e tratar os casos reconhecidos, buscando reduzir os efeitos, as sequelas e os traumas; prevenir a instalação da violência crônica e promover a reintegração dos indivíduos.

A prevenção à violência traz uma particularidade significativa em relação a outras áreas da saúde: as medidas de prevenção secundárias e terciárias são indicadas não apenas para as vítimas, mas também para os perpetradores da violência (KRUG *et al*., 2002). Isso porque a área da saúde tradicionalmente enfatiza a capacidade de reabilitação e recuperação, muito mais do que a justiça e a segurança pública, estas mais voltadas às medidas de controle e repressão à violência. A proposta de prevenção da

violência aqui abordada está ancorada em uma concepção de saúde que contempla a dinâmica integralidade biológica, psicológica e social dos seres humanos.

Para refletir

Ações preventivas de enfrentamento à violência são desenvolvidas no serviço no qual você está inserido? Em caso positivo, você consegue identificar em qual nível de prevenção as ações estão mais assentadas?

A noção de **promoção da saúde** está muito próxima à ideia de prevenção à violência, porém vai além. Medidas de promoção da saúde são consideradas muito eficazes para a redução de diversas formas de violência social, grupal e individual. A promoção da saúde foi inicialmente aventada, ainda no século XIX, por sanitaristas europeus que consideraram as causas sociais, econômicas e físicas das epidemias e elegeram como estratégias de ação: prosperidade, educação e liberdade para a população. Posteriormente adotaram uma versão biomédica centrada no indivíduo, com projeção para a família ou grupos próximos, e nas últimas três décadas essas ações tomaram direção radicalmente diferenciada, englobando medidas sobre o ambiente físico e os estilos de vida (BUSS, 2000).

Difundiu-se um novo movimento de saúde pública no mundo, que visou dotar a população dos meios necessários para assumir melhor controle sobre sua própria saúde. Portanto, deixou-se de apenas prevenir os agravos à saúde (como a violência) e passou-se a promover a saúde integrada ao ambiente e à sociedade na qual está inserida. **Promovendo saúde para populações se faz a melhor das prevenções** (FERRAZ, 1994).

A promoção da saúde é uma ação intersetorial. Baseia-se no fortalecimento de fatores protetores para evitar ou controlar os riscos, estimular capacidades, o exercício do autocuidado e da ajuda mútua. Requer que os indivíduos, as

famílias, os grupos e a sociedade se responsabilizem e se comprometam em adotar um estilo de vida saudável, um comportamento de responsabilidade e cuidado mútuo entre si e com o meio ambiente. Precisa de requisitos como: paz, educação, habitação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Pressupõe cinco campos de ação: a elaboração/implementação de políticas públicas saudáveis; a criação de ambientes favoráveis à saúde; o reforço da ação comunitária (empoderamento comunitário); o desenvolvimento de habilidades pessoais (**empoderamento** dos indivíduos pela aquisição de conhecimentos associada ao poder político); a reorientação do sistema de saúde (BUSS, 2000).

Não se pode conceber que promoção da saúde signifique delegar apenas à população o cuidado com sua própria qualidade de vida, isentando o Estado de uma atuação firme e protetora. É necessário aliar

> atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, nos níveis individual e coletivo (GUTIERREZ, 1997).

Em 1996, o Ministro do Canadá, Jack Epp (LALONDE, 1996), com base na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (1986), relatou três desafios para alcançar “saúde para todos”: reduzir as desigualdades, incrementar o esforço preventivo e fortalecer a capacidade das pessoas no enfrentamento dos problemas da saúde (que incluem a violência). Para tanto, enfatizou os seguintes mecanismos: (1) autocuidado (decisões e ações que o indivíduo toma em benefício de sua saúde), (2) ajuda mútua, (3) ambientes saudáveis (criação de condições e entornos favoráveis à saúde).

Em 2006, foi aprovada a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), concebida na perspectiva de operar transversalmente, produzindo uma rede de corresponsabilidade pela melhoria da qualidade de vida, reconhecendo a importância dos condicionantes e determinantes sociais da saúde no processo saúde-doença, contribuindo com a mudança do modelo de atenção do SUS e incorporando a promoção da saúde.

A partir de então, dentre as ações que passaram a ser estimuladas e financiadas pelo Ministério da Saúde estão a implementação de núcleos de prevenção de violência e a vigilância e prevenção de lesões e mortes no trânsito, com foco na cultura da paz e redução da morbimortalidade por trânsito.

Sobre promoção da saúde, leia o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde, publicado na Portaria n. 687, de 30 de março de 2006, do Ministério da Saúde.

Leia também o texto "Promoção da saúde e qualidade de vida", de Paulo Marchiori Buss, em *Ciência & Saúde*, Rio de Janeiro, v. 5, 2000, disponível em http://www.scielo.br/pdf/csc/v5n1/7087.pdf

Desde a implantação da PNPS, ações intersetoriais de prevenção de violência solidificaram-se por meio de marcos legais, como: Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, em 2005; Política Nacional de Enfrentamento ao Tráfico de Pessoas, em 2006; Lei Maria

da Penha, em 2006; Política Nacional de Saúde Integral da População Negra, em 2009; Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, *Gays*, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT), em 2008; Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher; Linha de Cuidado para a Atenção à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências, em 2010, entre outros. Dentre as ações no território, há que se destacar a Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde, que conta com rede capilarizada que potencializa a identificação e a notificação das violências no território, atuando de forma integrada com as ações intersetoriais na rede de atenção e de proteção às vítimas de violências (BRASIL, 2013; MALTA *et al.*, 2016). Cabe ainda referir a existência do Programa Saúde na Escola (PSE), que é uma política intersetorial do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação, instituído em 2007.

Instituída em 2004, por meio da Portaria GM/MS n. 936, de 18 de maio de 2004, as principais atribuições da Rede Nacional de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde e Cultura de Paz são: qualificação da gestão para o trabalho de prevenção de violências e promoção da saúde e de cultura de paz; qualificação e articulação da rede de atenção integral às pessoas em situação de violências; desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção de violências para grupos populacionais vulneráveis visando à atuação nos determinantes sociais e na autodeterminação dos sujeitos; garantia da implantação/implementação da notificação de violências interpessoais e autoprovocadas; promoção e participação de políticas e ações intersetoriais e de redes sociais que tenham como objetivo a prevenção de violências e promoção da saúde e da cultura de paz.

Para refletir

Pense sobre a importância dos mecanismos de promoção da saúde no enfrentamento da violência.

Pensar no conceito de resiliência é importante quando se fala de prevenção da violência e promoção da saúde. Significa a capacidade de resistir às adversidades e ter força necessária para alcançar saúde mental durante a vida (TROMBETA; GUZZO, 2002; YUNES, 2001). É um conjunto de processos sociais e intrapsíquicos que possibilita o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo vivendo em um ambiente não sadio. Surge da contínua interação entre os atributos do indivíduo e seu ambiente familiar, social e cultural (RUTTER, 1992).

Inicialmente foi compreendida como uma capacidade singular de os indivíduos superarem os fatores de risco aos quais são expostos, desenvolvendo comportamentos adaptativos e adequados. Recentemente o conceito incorporou grupos e coletividades como unidades também passíveis de resiliência. Para que a resiliência se fortaleça em um indivíduo ou em uma comunidade, é essencial que existam fatores protetores, modificando, melhorando ou alterando a resposta à violência. Esses mecanismos de proteção podem ser tanto recursos ambientais – como o apoio social oferecido pela comunidade –, quanto forças pessoais de adaptação a contextos adversos – como saúde física, temperamento, autoestima e autoconfiança.

Pensar em promoção da saúde e em resiliência transfere o foco da ação dos fatores de risco para os protetores. Significa a mobilização de indivíduos, instituições, comunidades e da sociedade em geral, condição essencial para um enfrentamento compartilhado de responsabilidades e deveres ao encarar a violência (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006). Nessa mesma linha de ação, as Nações Unidas, junto ao governo brasileiro, propuseram metas para o período

2007-2011. Dentre as cinco metas estabelecidas para o país, ressalta-se a redução da vulnerabilidade da população à violência.

Para saber um pouco mais sobre resiliência entre crianças e adolescentes, leia o texto "Resiliência: a ênfase nos fatores positivos", de Simone Gonçalves de Assis, Renata Pereira Pesce e Raquel O. Carvalhaes, publicado no livro *Violência faz mal à saúde*, em 2004.

O **desenvolvimento de capacidade** se destaca como estratégia a ser utilizada para reduzir a vulnerabilidade das pessoas em relação a todas as formas de violência, aprimorando os mecanismos de efetivação dos seus direitos (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005). Com o desenvolvimento de capacidades individuais e institucionais, desestimula-se a cristalização da situação de vítima e estimula-se o protagonismo das pessoas/instituições vulneráveis à violência, tornando-as agentes proponentes, participantes, monitoradores e avaliadores do contexto social em que vivem. Outro conceito similar utilizado na promoção da saúde é o de empoderamento de pessoas, grupos ou comunidades.

Programas de prevenção em nível global

A prevenção da violência contra mulheres, crianças e adolescentes corresponde a áreas onde houve maior investimento de prevenção em nível global. Programas de prevenção mais utilizados no mundo focam em:

- desenvolvimento de relacionamentos seguros, estáveis e estimulantes entre as crianças e seus pais e cuidadores por meio de programas de treinamento dos pais e pais e filhos;
- desenvolvimento de habilidades para a vida em crianças e adolescentes: programas de enriquecimento pré-escolar e programas de desenvolvimento social;
- redução da disponibilidade e do uso prejudicial do álcool: regular as vendas de álcool, aumentar os preços do álcool, intervenções para os bebedores problemáticos e melhorar os ambientes de consumo;
- redução do acesso a armas, facas e pesticidas: políticas restritivas de licenciamento e compra de armas de fogo, proibição de porte de armas de fogo em público e políticas de restrição ou proibição de substâncias tóxicas;
- promoção da igualdade de gênero para prevenir a violência contra as mulheres: programas baseados na escola para abordar normas e atitudes de gênero, microfinanças combinadas com treinamento de equidade de gênero e intervenções de habilidades de vida;
- mudança de normas culturais e sociais que apoiam a violência: *marketing* social para modificar normas sociais;
- identificação de vítimas, programas de cuidados e apoio: triagem e encaminhamento, programas de apoio à defesa de direitos, intervenções psicossociais e ordens de proteção (KRUG *et al.*, 2002).

O site Violence Info da OMS apresenta uma plataforma de conhecimento global para a prevenção da violência com muitas informações sobre o assunto e uma breve

descrição de muitos programas de prevenção no mundo.

4.3 Prevenindo a violência por meio da proteção

Durante toda a vida, desde a gestação, há fatores que funcionam como uma espécie de muro de contenção, por meio do qual as pessoas se tornam mais protegidas às situações difíceis da vida, como é o caso da violência. A esses fatores chamamos de proteção; alguns são próprios da pessoa e outros são oferecidos pelo meio social. Podemos identificar três tipos principais:

- proteção individual: gênero, *status* socioeconômico, idade, características pessoais, como autoestima, autonomia, autocontrole, temperamento flexível e afetuoso, entre outros;
- proteção familiar: apoio, bom relacionamento, saúde mental dos pais, entre outros;
- proteção social: apoio e bom relacionamento em escola, trabalho, instituições, entre outros.

Esses fatores não acontecem isoladamente; quanto mais sintonia houver entre eles, maior a chance de a pessoa estar protegida. Trabalhar esses fatores de proteção como estratégias de prevenção da violência é um caminho bastante promissor e eficaz, mesmo que em longo prazo. Eles são importantes porque enfraquecem e minimizam as consequências provocadas pelas situações de risco, como a violência. Abordaremos a seguir esses fatores protetores e promotores de resiliência que conduzem à defesa da vida e da cidadania, e que estão nas raízes de programas preventivos eficazes.

Toda a sociedade, em diferentes grupos sociais e em distintas faixas etárias, necessita que os fatores de proteção estejam presentes e ativos nas práticas dos serviços e nos relacionamentos entre as pessoas, sejam elas bebês, crianças, adolescentes, jovens, mulheres, homens, trabalhadores, negros, indígenas ou idosos. Alguns desses grupos, historicamente, estão mais vulneráveis à violência, necessitando de medidas preventivas mais imediatas, efetivas e duradouras.

4.3.1 O bebê e a criança

O bebê – ainda no ventre e até o seu nascimento – recebe estímulos de sua mãe biológica. Nesse momento, inicia-se uma ligação afetiva vital. Quanto mais afeto e segurança nessa fase da vida, mais ele estará fortalecido e protegido. Como forma de apoio e suporte, o acompanhamento do bebê no pré-natal e da saúde materno-infantil pelo profissional da saúde é um recurso protetor importante (CYRULNIK, 2004).

A partir do nascimento, outros fatores de proteção entram em cena, já que há uma ampliação das interações e estimulações. Na infância, a maior parte dos fatores que protegem está na família, instituição responsável pelo desenvolvimento inicial das capacidades individuais da criança. Consciência, autoestima, sentimento de confiança (em si e no mundo), autonomia, aprendizado dos limites e potencial de resiliência começam a ser estruturados nessa fase. O cuidado caloroso, afetuoso e respeitoso dado à criança é um privilegiado fator protetor que desenvolve essas características primárias do ser humano.

A existência de entorno afetivo e material é aspecto determinante para proteger uma criança que enfrenta violência de sofrer consequências mais graves e duradouras. É claro que a família precisa apresentar condições sociais mínimas para proporcionar o ambiente acolhedor e seguro necessário ao desenvolvimento infantil. Aí se manifesta

claramente o papel dos governos no oferecimento de condições dignas de vida à população. Programas de prevenção à violência, com foco nos fatores protetores, são necessários para fortalecer as famílias de modo que elas proporcionem um ambiente acolhedor e protetor, estimulando essas capacidades em seus filhos.

O apoio social adequado às mães se reflete em uma resposta mais positiva às solicitações da criança e em maior afetividade.

O grupo de amigos, com um sentimento de pertencimento, também pode funcionar como proteção para crianças um pouco mais velhas. Também a escola é capaz de proteger a criança e o adolescente. A escola pode:

- estimular a autoconfiança, oferecendo oportunidades para que o aluno perceba suas possibilidades;
- incitar habilidades de negociação, de pensamento crítico, de tomada de decisões, de identificação;
- estimular a elaboração de formas de lidar com sentimentos como raiva e inferioridade; a antecipação das consequências dos comportamentos agressivos; a redução dos preconceitos; a busca de formas alternativas e não violentas de resolução de conflitos, e o julgamento moral.

A comunidade, embora algumas vezes fragilizada, oferece proteção às suas crianças quando proporciona serviços públicos como educação, saúde, segurança e habitação. Nessa fase da vida, as atuações de prevenção da violência com ênfase nos fatores protetores demonstram ter os melhores resultados na prevenção à violência juvenil.

4.3.2 O adolescente e o jovem

Priorizar a adolescência e a juventude como foco das ações preventivas é uma medida que vem sendo tomada em

vários países, pois nesse grupo etário está a maioria das vítimas e dos autores dos crimes e da violência. A relevância do tema é tão grande que vários governos vêm tomando o enfrentamento à violência juvenil como foco prioritário de ação.

Alguns fatores protegem adolescentes de assumirem comportamentos infracionais e violentos, e por isso precisariam ser estimulados (ASSIS; AVANCI, 2004; UNITED STATES, 2001):

- atitudes de intolerância diante de infrações e violência, comportamentos geralmente aprendidos dos pais e outros adultos significativos (adoção de valores e normas sociais);
- projeto de vida baseado em sonhos e metas;
- compreensão das consequências dos próprios atos;
- bom envolvimento na escola (acadêmico e relacional);
- envolvimento em atividades de lazer educativas (artísticas, esportivas);
- relações afetuosas e seguras com adultos;
- supervisão familiar;
- mais elevada inteligência, correlacionada a curiosidade, criatividade e rendimento escolar;
- envolvimento com amigos que também têm intolerância aos comportamentos infracionais e violentos;
- religiosidade;
- existência de adulto significativo para contrabalançar os conflitos com os pais, frequentes nessa fase da vida.

Atuar protegendo as escolas é também fundamental, se a prioridade for a melhoria de relacionamento entre alunos e entre alunos e professores, tendo como base a ética e a cidadania, conceitos fundamentados em aprendizado de limites, resolução de conflitos, aumento da competência e modificação de comportamentos.

4.3.3 O adulto

Na fase adulta, os fatores de proteção são ampliados. Os afetos alcançam maior desenvolvimento e demandam o estabelecimento de novos núcleos familiares. A intimidade afetiva com o parceiro ou a parceira e filhos é uma fonte protetora importante. A competência e a satisfação com o trabalho fortalecem a autoconfiança e a autoestima, oferecendo proteção. Alguns fatores de proteção se mantêm importantes na fase adulta e outros são incluídos:

- apoio e suporte social – poder contar com pessoas e instituições que ofereçam afeto e apoio;
- perseverança para enfrentar as dificuldades – mesmo quando o planejado não deu certo – e para continuar tentando, apesar dos obstáculos;
- cultivo da satisfação com a vida e da autoestima elevada;
- conquista, satisfação e sucesso no trabalho;
- opção por estratégias mais ativas de enfrentamento dos problemas, buscando ajuda de outras pessoas e de profissionais especializados para apoiá-los na reflexão ou na resolução dos conflitos;
- capacidade de sustentar a si mesmo e à sua família;
- ter família ou relacionamentos afetivos estáveis.

O empoderamento, a conscientização dos direitos humanos, a resolução de conflitos, a aquisição de autonomia sobre a própria vida e a formação de identidade masculina e feminina cidadã são alguns dos fatores protetores estratégicos importantes nesse período da vida. Perspectivas diferenciadas de gênero, com o privilégio de um enfoque relacional específico para homens e mulheres, precisam ser focalizadas em redes de proteção e prevenção.

Estratégias de prevenção devem também atentar para particularidades como raça/etnia e inserção profissional,

outros importantes focos de atuação preventiva. Podemos dizer que, para os trabalhadores, uma carga horária de trabalho não exaustiva; a qualificação profissional por meio de educação ou capacitação profissional; o aumento das oportunidades de emprego/trabalho são alguns dos fatores apontados em programas de prevenção direcionados principalmente a comunidades e grupos com poucas oportunidades. O cumprimento de normas legais que coíbam a intimidação e a agressividade nos locais de trabalho são metas possíveis de serem absorvidas em programas de prevenção. A violência física e o assédio sexual também podem ser minimizados em um ambiente que promova o respeito às diferenças e a igualdade de direitos.

Em relação aos negros, vale destacar a prioridade do recorte racial/ étnico em todas as ações de atenção às pessoas em situação de violência, potencializando o fortalecimento da etnicidade do ponto de vista do fortalecimento pessoal e coletivo para o enfrentamento do racismo com a preocupação de garantia da autoestima para a manutenção da saúde mental (OLIVEIRA, 2003). A proteção a pessoas afrodescendentes cabe na redefinição dos horizontes de igualdade de oportunidades de condições e de resultados, fazendo dispor, entre outros, de políticas explícitas de inclusão racial.

4.3.4 O idoso

Os fatores de proteção da pessoa idosa acompanham a ideia de envelhecimento ativo, pela experiência positiva de longevidade com preservação das capacidades e do potencial de desenvolvimento (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002). Converge no horizonte de melhoria da saúde e da qualidade de vida do idoso, com foco em mudanças comportamentais/práticas de saúde e em dimensões subjetivas e sociais do bem-estar. Nessa fase, é

preciso estimular o controle sobre a vida, enfatizando dimensões do autocuidado, da competência e do sentimento de integridade. Destaque também ao desenvolvimento da espiritualidade e da presença de apoio e suporte social. E ao revigoramento pela boa condição física e capacidade para lidar com os problemas. Promover a cidadania do idoso é um fator protetor fundamental, cabendo ao Estado regulamentar e garantir o espaço social reservado a eles.

Para refletir

É possível potencializar fatores de proteção para a clientela atendida por você?
Que fatores de proteção poderiam ser trabalhados?
Como isso poderia ser feito?

4.4 Ações e programas de prevenção à violência

Diversos programas de prevenção têm mostrado resultados positivos na redução da violência. Por princípio, atuações em prevenção têm melhores resultados se houver articulação institucional, intersetorial e interdisciplinar. Saúde, segurança pública, educação, habitação, planejamento, mídia, sociedade civil, entre outros setores, precisam se articular visando à obtenção de melhores resultados e à não superposição de atividades.

Um segundo princípio é o de que os mecanismos de prevenção são variados, segundo os **tipos de violências** e os **grupos sociais** a que se dirigem. Por essa razão, uma ação preventiva pode ter resultados positivos numa comunidade e negativos em outras. A compreensão das características culturais é um fator-chave para o desenvolvimento de ações de prevenção à violência.

Outro aspecto fundamental é definir com clareza que tipo de intervenção se pretende atingir, podendo-se optar por:

1. intervenções universais, dirigidas a grupos ou população em geral;
2. intervenções selecionadas, voltadas para pessoas sob risco;
3. intervenções indicadas, dirigidas às pessoas que apresentam comportamentos violentos.

Mostramos a seguir uma síntese de programas de prevenção que trazem resultados significativos na redução da violência, segundo o grupo social alvo das medidas (MESQUITA NETO *et al*., 2004; NUTTALL; GOLDBLATT; LEWIS, 1998; SHERMAN *et al*., 1997).

Em uma revisão bibliográfica nacional do período de 2001 a 2013, a fase da adolescência se destaca na literatura sobre promoção da saúde e prevenção da violência, tendo como destaque a área da enfermagem no estudo do tema. As ações de prevenção primária e os desafios para implementação das propostas são questões privilegiadas de investigação nos estudos brasileiros (ASSIS; DESLANDES; MINAYO, 2017).

4.4.1 Família como alvo das medidas de prevenção e promoção

Existe uma relação de mão dupla entre violência social e familiar. A existência de violência na família contribui para aumentar a incidência e o impacto de violências na sociedade e potencializa o risco de envolvimento de crianças e adolescentes em outros tipos de violência quando eles crescem e, depois, quando formam novas famílias. As famílias produzem e reproduzem cultura e mentalidade,

atitudes e comportamentos. As principais vítimas são mulheres, crianças, adolescentes e idosos.

Os programas de prevenção da violência centrados na família precisam ser compreensivos e continuados para mostrarem melhores resultados. Quanto mais incluírem os vários atores familiares, melhor seu impacto.

Quadro 3 – Classificações dos programas de prevenção centrados na família

Quanto aos âmbitos de aplicação	
Família	Ações geralmente realizadas por meio de visitas domiciliares.
Escola	Ações realizadas em creches, pré-escolas e escolas de ensino fundamental e médio. São voltadas especialmente para os alunos, mas muitas atingem também a família. Há ainda algumas ações de capacitação de professores para atuarem na questão da violência, especialmente no âmbito familiar.
Comunidade	Ações que buscam a melhoria do relacionamento familiar e a conexão da família com serviços e equipamentos sociais, visando ao incremento do apoio social à família. As ações são de envolvimento comunitário (lazer supervisionado, promoção de renda, troca de experiências e apoio social, por exemplo).
Serviços de saúde	Intervenções que promovem o atendimento aos casos de violência familiar. Também há grande investimento em ações que estimulam a capacitação profissional para uma ação de educação em saúde.

Quanto aos âmbitos de aplicação	
Outros serviços	Intervenções sociais que resultam em mudanças na família, proporcionadas por órgãos de assistência social, segurança pública, justiça, entre outros, com finalidades variadas. São exemplos os abrigos para vítimas de violência, as ações voltadas para capacitação e melhoria do atendimento prestado pelos policiais, as ações dos operadores de direito, os programas de renda mínima e apoio ao trabalhador, dentre muitos outros.
Treinamento parental	Educação/informação dirigida aos pais sobre desenvolvimento infantil e fatores que predispõem os filhos aos comportamentos violentos; desenvolvimento de habilidades de comunicação com os filhos; resolução de conflitos de forma não violenta; desenvolvimento de habilidades parentais mais efetivas; estabelecimento de limites claros e flexíveis, com regras e delegação de tarefas apropriadas para a idade, acordadas entre todos os membros da família; supervisão do cotidiano familiar e dos filhos; manutenção da hierarquia familiar; responsabilidade sobre o bem-estar dos filhos.

Quanto aos âmbitos de aplicação	
Acompanhamento domiciliar	Ações realizadas individual ou coletivamente, abrangendo uma gama de abordagens (psicanalítica, psicodramática, construtivista, sistêmica, existencialista, entre outras). Variam também quanto ao envolvimento dos atores familiares: filhos, pais e agressores. Tem como propósitos melhorar a forma como os familiares lidam com os problemas; facilitar a expressão dos sentimentos, questões, medos; ensinar resolução de problemas e habilidades de prevenção.
Apoio social	Busca promover a inclusão da família ao meio que a cerca: escola, comunidade, trabalho, entre outros.
Casas/abrigos de proteção	Ações que têm por finalidade retirar momentaneamente mulheres, crianças e idosos do ambiente familiar violento, dando suporte emocional para a interrupção do relacionamento violento.
Capacitação profissional	Programas voltados para a formação profissional nas várias áreas relacionadas a prevenção e atendimento às pessoas envolvidas em situação de violência familiar.

Fonte: Adaptação de Mesquita Neto *et al*. (2004).

Estudos norte-americanos de avaliação de impacto de programas de prevenção à violência mostraram excelentes resultados em dois deles, com foco em famílias (SHERMAN *et*

al., 1997): “treinamento parental e intervenções na gravidez e infância precoce para famílias em situação de risco”. Essas intervenções precoces geralmente são feitas por meio de visitas domiciliares desde o nascimento da criança, até ações efetuadas na pré-escola. Podem demorar até 15 anos para mostrar como efeito a diminuição do número de jovens envolvidos em infrações, porém reduzem vários outros problemas, como: abuso físico, sexual e psicológico durante a infância, e distúrbios de comportamento nas crianças. Também contribuem para a melhoria da participação escolar, do relacionamento/compreensão entre pais e filhos, e de condições de saúde das crianças. Nesses encontros domésticos em que os profissionais participam do cotidiano das famílias, o visitador cuida do desenvolvimento da criança, podendo dar informações, suporte emocional, ensinar ativamente ou apenas acompanhar a família e ouvir as dificuldades. Os visitadores podem ser orientados em práticas de saúde, desenvolvimento humano e nos aspectos relativos a habilidades cognitivas e sociais. Contudo, o trabalho essencial “é prover uma ponte entre os pais (especialmente a mãe) e a criança”. O visitador aproxima-se mais dos valores culturais e necessidades de cada núcleo familiar (DARO; DONNELY, 2002).

4.4.2 Escola como alvo das medidas de prevenção e promoção

São programas que buscam aumentar as habilidades cognitivas e o sucesso acadêmico futuro, fator de risco importante para reduzir o índice de infrações juvenis. Mostram bons resultados na prevenção das infrações praticadas por jovens.

O estímulo à competência costuma estar direcionado a adolescentes e seus familiares, abrangendo competências sociais e de resolução de problemas; competências de

tomada de perspectiva; competências de regulação emocional e de autocontrole. São geralmente propostas atividades que melhorem a capacidade de empatia, de dar e receber cumprimentos, de perguntar e de formular pedidos, além de observação do comportamento não verbal, com base no pressuposto de que crianças agressivas tendem a atribuir significado mais hostil aos atos de outrem do que crianças não agressivas (NEGREIROS, 2001).

Existem ainda programas direcionados a aumentar a capacidade de a escola se abrir para a sociedade, iniciando e sustentando transformações, envolvendo, junto com o corpo docente e discente, a família e a comunidade de forma participativa na gestão escolar (ABRAMOVAY, 2003).

4.4.3 Comunidades como alvo das medidas de prevenção e promoção

São programas comumente voltados para: (a) organização e mobilização da comunidade, tendo frequentemente como meta seu empoderamento; (b) restrição da ação das gangues; (c) utilização de mentores (orientadores) para os jovens em situação de risco, e de cuidadores para idosos e pessoas com deficiências; (d) recreação para a juventude; (e) redução da presença ou acesso a drogas, álcool e armas. Esses programas, isoladamente, mostram efeitos mais tímidos na prevenção da violência. Têm foco mais restrito e são pontuais, necessitando estar associados a outras estratégias preventivas para que seus efeitos possam ser mais bem visualizados. Outras ações de prevenção na comunidade estão significativamente na esfera da segurança pública: criar e cumprir a legislação, efetuar investigação policial e prisões, aumentar a atuação policial e sua eficiência.

4.4.4 Mídia como alvo das medidas de prevenção e promoção

Muito se tem a conhecer acerca da influência dos meios de comunicação sobre a violência social. A mídia, especialmente a televisão, divulga correntemente cenas de violência e ainda poucas são as restrições e o controle social existentes sobre o tema. Em alguns casos, como os suicídios, existem acordos informais de não divulgação do evento violento pelos meios de comunicação. Outros tipos de violência têm divulgação total, muitas vezes não se respeitando faixa etária ou horário de exibição, o que demanda da sociedade uma discussão dos limites por ela aceitos para lidar virtualmente com o tema da violência. Por outro lado, tem crescido a responsabilidade de vários meios de comunicação que veiculam campanhas de prevenção e inserem o tema da violência em seus programas cotidianos.

No que se refere à influência da mídia sobre crianças e adolescentes, alguns programas de prevenção – que enfocam o treinamento de pais para modificar o hábito de seus filhos assistirem à televisão – não mostraram resultados adequados, enquanto outros – que buscaram dar à criança noções sobre a importância do que assiste e suas consequências, propiciando-lhe liberdade de decisão – surtiram melhor efeito (HEATH; BRESOLIN; RINALDI, 1989). Sob o respaldo da Academia Americana de Pediatria, as seguintes orientações devem nortear as ações: desestímulo à noção autoritária de proibição de programas; implantação de uma agenda pró-criança nos meios de comunicação, indicando temas e reduzindo o excesso de violência; orientação de pais e familiares sobre a questão; atuação sobre os meios de comunicação visando ao bem-estar da criança; e divulgação do potencial positivo dos meios de comunicação.

4.4.5 Setor saúde como alvo das medidas de prevenção e promoção

O potencial do setor saúde para atuar em prevenção à violência é muito grande, tendo dedicado especial atenção às violências interpessoais, especialmente na esfera da família e da comunidade. Algumas das metas possíveis enfocam: prevenção e reabilitação de usuários de drogas; elaboração de programa de formação com pais de crianças e adolescentes; readequação dos serviços para atender à demanda originada pela violência, capacitando os profissionais a prevenir, diagnosticar, notificar, tratar e encaminhar as vítimas adequadamente; criação de grupos de autoajuda com apoio profissional nas unidades de saúde.

Há no Brasil programas de prevenção na área da saúde que privilegiam a proteção de crianças e adolescentes, mulheres e idosos. Programas de prevenção ao abuso de drogas são também comuns. Programas de visitas domiciliares e terapias familiares são estratégias que começam a ser mais utilizadas. Na esfera da comunidade, os programas de saúde têm objetivo de sensibilização e mobilização de membros da comunidade para identificar precocemente a violência e agilizar a busca pelo atendimento.

4.4.6 Justiça e segurança pública como alvo das medidas de prevenção e promoção

Em relação à polícia, destaca-se a prevenção situacional direcionada para tipos específicos de infrações e para reduzir a possibilidade de uma pessoa infringir as leis. Um exemplo é a colocação de câmeras para aumentar a vigilância em locais com alta incidência de crimes. São ações importantes, mas costumam ter como consequência a troca de locais para cometimento de crimes, especialmente

por indivíduos já inseridos no universo criminal. O policiamento comunitário e o policiamento orientado para a resolução de problemas têm outra perspectiva de ação de prevenção: são direcionados para a redução dos fatores de risco que contribuem para aumentar a incidência de crimes e violências na sociedade.

Programas de prevenção com foco na justiça promovem acesso igualitário e ágil trâmite processual. No que se refere a jovens infratores, dois tipos de programas mostram bons resultados na prevenção da violência: aqueles com enfoque na reabilitação (em detrimento dos que possuem enfoque punitivo) e os que contam com supervisão comunitária.

4.4.7 Mercado de trabalho como alvo das medidas de prevenção e promoção

Não se observa uma relação direta entre oportunidades de trabalho e violência praticada, embora sejam fatores certamente relacionados. Existem dois principais tipos de programas de prevenção da violência por meio do trabalho: (a) os que visam aumentar a qualificação profissional das pessoas por meio de educação ou capacitação profissional, direcionados principalmente a grupos em situação de risco de desemprego, particularmente os jovens, os adultos que já receberam penas e os adolescentes que já receberam medidas socioeducativas; (b) os que visam aumentar as oportunidades de emprego/trabalho, direcionados principalmente a comunidades e grupos com poucas oportunidades de emprego/trabalho (BUSHWAY; REUTER, 1997; MESQUITA NETO *et al*., 2004; SHERMAN *et al*., 1997).

Avaliar as ações e os programas de prevenção é um passo importante para a implementação de uma política de prevenção à violência e promoção da saúde. A principal argumentação em favor da prevenção à violência é a de que é mais barato investir em saúde, educação e trabalho do

que sustentar os gastos sociais da violência. Os governos dispendem boa parte da verba anual com o sistema de justiça criminal, especialmente com o sistema prisional, embora hoje já existam vários estudos que comprovam a eficácia e o custo-benefício de muitos programas de prevenção (MESQUITA NETO *et al*., 2004; SHERMAN *et al*., 1997; UNITED STATES, 2001).

Para refletir

Você tem conhecimento sobre o desenvolvimento de programas de prevenção à violência na cidade onde trabalha?

A prevenção da violência no mundo

Em 2016, o Plano Global de Ação sobre a Violência da OMS revela o progresso dos países no enfrentamento e na prevenção das violências e as lacunas que confirmam a precariedade ainda existente nos serviços no mundo.

- Os planos e políticas nacionais para abordar a violência ainda não têm recursos suficientes.
- A coordenação intersetorial é ainda fraca, apesar dos esforços realizados, especialmente pelo setor saúde.
- Poucas mulheres e crianças acessam serviços em caso de violência (apesar de serem as áreas com maior investimento técnico).
- A cobertura e a qualidade dos serviços necessários aos sobreviventes ou vítimas são ainda limitadas e desigualmente oferecidas para aqueles que necessitam.
- Disponibilidade limitada de pessoal treinado e sensibilizado na força de trabalho em saúde.

- Cobertura limitada de programas de prevenção em larga escala.
- A sociedade civil desempenha um papel crítico, necessário de ser incrementado.
- Disponibilidade limitada de dados e informações.
- Escassez de estudos de avaliação de resultados sobre os programas de prevenção e da atuação dos serviços para as vítimas, que necessitam ser informados por evidências (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009, 2016).

4.5 As diferentes percepções de prevenção à violência

Na maior parte das vezes, os serviços e programas invadem o espaço doméstico, escolar e da comunidade, com "receitas" oriundas do conhecimento científico e com pré-julgamentos, não respeitando as diferenças culturais que fazem parte da vida das pessoas e da comunidade. Para obter bons resultados na prevenção à violência, um programa precisa lidar com as diferenças entre o que suas normas propõem, o pensamento dos profissionais que o executam e as expectativas das pessoas e comunidades atendidas. Nem todos os profissionais têm habilidade para lidar com prevenção à violência e promoção da saúde. É preciso acreditar que prevenir é possível e crer no potencial de transformação das pessoas. É ainda necessário: ter uma abordagem empática ao lidar com o problema, sem ferir – ou ferindo pouco – a cultura familiar ou comunitária; desenvolver habilidades de resolução de problemas; e aprender a lançar mão de atitudes inapropriadas como ponto de partida para mudanças. O texto a seguir mostra como o profissional pode reproduzir uma postura autoritária em sua atitude e abordagem, a exemplo de como a

sociedade costuma tratar famílias rotuladas como “problemáticas”.

Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais da saúde e da educação que atuam com famílias pobres

A resiliência em família enfatiza os aspectos sadios e de sucesso do grupo familiar, em vez de demarcar desajustes e falhas. As contradições e controvérsias crescem quando se trata de pensar a resiliência em famílias de baixa renda. Parece lógico pensar na pobreza ou nas comunidades de baixa renda como grupos que sofrem uma diversidade de pressões e opressões. A mídia, instituições e alguns pesquisadores têm contribuído para incrementar imagens de famílias pobres brasileiras num panorama de conflitos, abuso, violência e negligência. Nessa lógica, é fato que comunidades pobres são muitas vezes representadas como “não resilientes” *a priori*. Na realidade, pouco se sabe sobre os processos e a dinâmica de funcionamento de famílias pobres, mas alguns estudos brasileiros indicam que várias dessas famílias mostram-se muitas vezes hábeis na tomada de decisões e na superação de grandes desafios, evidenciando uma unidade familiar e um sistema moral bastante fortalecidos diante da proporção das circunstâncias desfavoráveis de suas vidas. É importante destacar o papel das mães na construção da resiliência nas famílias. Muitas vezes, esses grupos desenvolvem processos e mecanismos que garantem sua sobrevivência física e a dos valores de sua identidade cultural, e tornam-se o contexto essencial para o desenvolvimento saudável de seus membros.

No entanto, as percepções e concepções dos profissionais da saúde e da educação mostram acomodação das famílias à situação de miséria. Veem as

famílias pobres como resignadas, desesperançosas em relação ao futuro, desinteressadas e despreocupadas com a sua condição de vida, com relações permeadas pela violência e dando pouca assistência aos filhos. Ao que parece, esses profissionais esquecem-se da difícil trajetória política e social dessas pessoas ao longo de um caminho de pobreza que vem de gerações anteriores. O resultado dessa relação? Tem sido o não reconhecimento das reais dificuldades vivenciadas por essas famílias e da existência de identidade positiva e consciência transformadora em diversos casos. A atitude negativa e de descrédito dos profissionais em relação às famílias parece agir no sentido de provocar uma atuação "paralisada", mantendo uma identidade de grupo "desestruturada" e "desorganizada", permanecendo inalterada a qualidade de vida dessas populações (YUNES; SZYMANSKI, 2003).

Há também dois filmes interessantes aos quais você pode assistir para pensar sobre como o imaginário social pode afetar a noção de proteção e de violência.

- *A vila*, filme americano de suspense, escrito e dirigido por M. Night Shyamalan (2004), e estrelado por Bryce Dallas Howard, Joaquin Phoenix, Adrien Brody, William Hurt e Sigourney Weaver. Numa aldeia isolada, os habitantes vivem com medo de criaturas que habitam o bosque além dela.
- *Meninos não choram*, drama norte-americano com direção de Kimberly Peirce (1999), estrelado por Hilary Swank, Chloë Sewigne, Peter Sarzgaard, ente

outros. O filme relata a história de um rapaz transexual numa cidade rural do interior dos Estados Unidos.

4.6 Referências

ABRAMOVAY, E. (coord.). *Escolas inovadoras*. Brasília, DF: UNESCO: Kellogg Foundation, 2003.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos*: a formação da auto-estima na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

ASSIS, S. G.; DESLANDES, S. F.; MINAYO, M. C. S. Atendimento a pessoas em situação de violência pelo Sistema Único de Saúde. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no Século XXI*: visão da literatura brasileira do campo da saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. v. 1, p. 271-296.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência*: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; OLIVEIRA, R. V. C. Resiliência: a ênfase nos fatores positivos. *In*: LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 257-280.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 687, de 30 de março de 2006. Política Nacional de Promoção da Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, n. 96, 31 mar. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva*: Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013.

BUSHWAY, S.; REUTER, P. Review of labor market crime prevention programs. *In*: SHERMAN, L. W. *et al*. *Preventing crime*: what works, what doesn’t, what’s promising: a report to the United States Congress. Maryland: [*s. n.*], 1997.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-178, 2000.

CONSTANTINO, P. *Riscos vividos e percebidos por policiais civis*: estudo comparativo dos municípios do Rio de Janeiro e Campos dos Goytacazes. 2006. Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: M. Fontes, 2004.

DARO, D.; DONELLY, A. C. Charting the waves of prevention: two steps forward, one step back. *Child Abuse & Neglect*, Oxford, v. 26, p. 731-742, 2002.

FERRAZ, S. T. *Bases conceituais de promoção da saúde*. Brasília, DF: OPS, 1994. Mimeografado.

GUTIERREZ, M. Perfil descriptivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud: Colombia. *In*: ARROYO, H. V.; CERQUEIRA, M. R. (ed.). *La promoción en salud y la educación para la salud em América Latina*: analisis sectorial. Porto Rico: Editorial de la Universidad de Puerto Rico, 1997.

HEATH, L.; BRESOLIN, L. B.; RINALDI, R. C. Effects of media violence on children: a review of literature. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, n. 46, p. 376-379, 1989.

KRUG, E. G. *et al*. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

LALONDE, M. El concepto de "campo de la salud": uma perspectiva canadiense. *In*: ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Promoción de la salud*: una antologia. Washington: Opas, 1996.

LEAVEL, H. R.; CLARCK, E. G. *Medicina preventiva*. São Paulo: McGraw Hill do Brasil, 1976.

MALTA, Deborah Carvalho *et al*. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, 2016.

MENINOS não choram. Direção Kimberly Peirce. [*S. l.*]: Fox, 1999. 1 DVD (118 min), son., color.

MESQUITA NETO, P. *et al*. *Relatório sobre a prevenção do crime e da violência e a promoção da segurança pública no Brasil*. Rio de Janeiro: Senasp: PNUD: Firjan, 2004.

NEGREIROS, J. *Delinqüências juvenis*: trajectórias, intervenções e prevenção. Lisboa: Notícias Editorial, 2001.

NUTTAL, C.; GOLDBLATT, P.; LEWIS, C. *Reducing offending*: an assessment of research on ways of dealing with offending behavior. London: Home Office, 1998.

OLIVEIRA, F. *Crítica à razão dualista*. São Paulo: Boitempo, 2003.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Uma leitura das Nações Unidas sobre os desafios e potenciais do Brasil*: avaliação conjunta do país, UNCT Brazil. [Brasília, DF]: ONU, 2005. Disponível em: http://www.onubrasil.org.br/doc/CCABrasil2005_por.pdf. Acesso em: 10 jun. 2006.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. Regional Office for the Americas. *Addressing violence and injuries in the Americas*: taking stocking and moving forward: draft for discussion by SAG on Nov. 8, 2017. Washington, DC: PAHO, 2017.

PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 1986, Ottawa. *Carta de Ottawa*. [*S. l.: s. n.*], 1986.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. *Acompanhando a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável*: subsídios iniciais do Sistema das Nações Unidas no Brasil sobre a identificação de indicadores nacionais referentes aos objetivos de desenvolvimento sustentável/ Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Brasília, DF: PNUD, 2015.

RUTTER, M. Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. *In*: KENT, M. W.; ROLF, J. *Primary prevention of psychopathology*, III. Hannover: University Press of New England, 1992.

SHERMAN, L. W. *et al*. *Prevention crime*: what works, what doesn't, what is promising: a report to the United States Congress. Washington, DC: National Institute of Justice, 1997.

TROMBETA, L. H.; GUZZO, R. S. L. *Enfrentando o cotidiano adverso*: estudo sobre resiliência em adolescentes. Campinas: Alínea, 2002.

UNITED STATES. Department of Health and Human Services. *Youth violence*: report of the Surgeon General. Washington, DC, 2001.

VASCONCELOS, E. *O poder que brota da dor e da opressão*: empowerment, sua história, teorias e estratégias. Rio de Janeiro: Paulus, 2004.

A VILA. Direção M. Night Shyamalan. [S. l.]: Touchstone Pictures, 2004. 1 DVD (108 min), son., color.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Active ageing*: a policy framework. [*S. l.*]: NMH/NPH, 2002. Disponível em: http://www.who.int/hpr/ageing. Acesso em: 15 maio 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Violence prevention*: the evidence. Geneva: WHO, 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO global action plan to strengthen the role of the health system in the framework of

a multi-sectoral national response to address interpersonal violence, in particular against women and girls, and against children in general. Geneva: WHO, 29 Jan. 2016. (EB138/SR/12).

YUNES, M. A. M. *Resiliência e educação*. São Paulo: Cortez, 2001.

YUNES, M. A. M.; SZYMANSKI, H. Crenças, sentimentos e percepções acerca da noção de resiliência em profissionais da saúde e da educação que atuam com famílias pobres. *Psicologia da Educação*, São Paulo, v. 17, p. 119-137, 2003.

5. Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências

Edinilsa Ramos de Souza, Maria Luiza Carvalho de Lima

A partir da década de 1980, constata-se no Brasil o crescimento da violência social, principalmente nos espaços urbanos das grandes cidades, conforme já comentado nos capítulos anteriores. Suas expressões são as mais diversificadas e estão presentes nas relações interpessoais, nos espaços familiares, institucionais e comunitários. No nosso país esse crescimento deve-se, sobretudo, aos homicídios e acidentes de trânsito que vitimam prioritariamente a população masculina jovem dos 15 aos 39 anos de idade.

Essas violências, entretanto, não afetam igualmente os indivíduos, nem se distribuem homogeneamente nos diferentes espaços sociais. Do mesmo modo, elas variam de intensidade ao longo do tempo, dependendo das condições socio-históricas, econômicas, políticas e culturais.

O conhecimento das diferentes distribuições desses eventos violentos é possível graças aos estudos e indicadores epidemiológicos que permitem identificar e analisar os perfis das vítimas (idade, sexo, cor, escolaridade, ocupação, renda, dentre outras características), quais são os espaços de maior frequência e risco dessas ocorrências (urbano, rural, município, distrito ou outras divisões) e quais as suas tendências no tempo, buscando a compreensão dos determinantes associados a esses eventos, a fim de adotar as medidas necessárias para atenção, prevenção e promoção da saúde.

Este capítulo se constitui de duas partes: a primeira conceitua e classifica os indicadores epidemiológicos mais usados e a segunda traz a reflexão e a aplicação dos indicadores de mortalidade e de morbidade por causas externas (eventos acidentais e violentos). Diversas atividades são propostas ao longo da segunda parte, como estratégia fundamental para o desenvolvimento da capacidade de aplicação desses conceitos. Por isso, é muito importante o seu empenho em realizá-las, pois, além de tudo, você estará levantando elementos fundamentais para a atividade final do capítulo. Ao final da leitura, esperamos que você possa calcular e interpretar alguns indicadores epidemiológicos de morbimortalidade relacionados aos acidentes e violências.

5.1 Conceitos básicos e gerais

Conforme apresentado no Capítulo 1, há vários conceitos por meio dos quais se pode abordar os **acidentes e violências**. No presente capítulo, vamos trabalhar com um conceito mais restrito adotado pelo setor saúde.

No mundo todo, atualmente, usa-se a 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID) para designar e categorizar essas causas externas que constituem um conjunto de eventos e lesões em razão de causas acidentais e intencionais (violências).

Para a mortalidade, elas assumem a denominação "Causas externas" e são classificadas nos códigos V01 a Y98 do Capítulo 20 da CID-10. Para a morbidade, esses eventos são designados como "Lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas" e constam do Capítulo 19 da CID-10, sob os códigos S e T.

Quando se pretende diagnosticar a magnitude (frequência do evento analisado na população) e o impacto (a importância do evento analisado em relação aos demais problemas de saúde) dos acidentes e violências de determinada população, em certo local e tempo, é necessário lançar mão dos **indicadores epidemiológicos**.

Porém, antes de passar para a operacionalização dos indicadores, é importante conceituar o que é um **indicador**. Aqui abordaremos os mais frequentemente usados.

Do ponto de vista quantitativo, números absolutos podem ser utilizados como indicadores, tais como a contagem-incidência de casos novos de um evento de saúde-doença localizados em um período de tempo e espaço geográfico. Por exemplo, no Brasil, no ano X, a incidência absoluta (ou número absoluto) de óbitos por acidentes de trânsito foi de 33.620.

Para refletir

No seu município, você sabe quantas mortes por acidentes de trânsito ocorreram no último ano?

Converse com algum profissional da saúde ou do trânsito sobre as possíveis causas determinantes dessas mortes.

Uma das formas para você obter essa informação é pesquisando no site www.datasus.gov.br.

- Para isso, depois de acessar o site, marque a opção **Informações de Saúde** e selecione **Estatísticas Vitais**.
- Aparecerá a tela onde você terá que marcar **Óbitos por Causas Externas** e selecionar a opção **Abrangência Geográfica**.
- Isso feito, aparecerá a tela com as diversas opções de análises que poderão ser feitas de acordo com o seu interesse e as variáveis disponíveis.

Observe que os indicadores expressos em números absolutos devem ser utilizados com cautela quando se fazem comparações, em virtude de suas limitações intrínsecas. Eles são úteis no planejamento e na administração da saúde, como, por exemplo, para estimativa do número de leitos, medicamentos e insumos em geral.

Para que as frequências de morbidade e mortalidade possam ser comparadas, torna-se necessário transformá-las em “valores relativos”, isto é, em numeradores das frações. É importante saber que essas medidas são denominadas proporção, razão e taxa.

5.2 Medidas do tipo proporção

Constituem um tipo de medida matemática em que todas as unidades do numerador estão contidas em um denominador mais amplo, isto é, o numerador é um subconjunto do denominador. As proporções são medidas adimensionais, ou seja, o resultado não tem mensuração, e variam desde zero (nenhuma ocorrência do evento) a um.

Os indicadores epidemiológicos baseados em proporções podem analisar tanto a mortalidade como a morbidade. No caso da morbimortalidade proporcional, o número de óbitos ou doença/agravo por uma causa determinada (ou por um grupo de causas) é dividido pelo total de óbitos/ agravos ocorridos no mesmo período. O mesmo cálculo pode ser realizado para a proporção de óbitos em determinada faixa etária ou sexo, constituindo um excelente indicador para avaliar qual faixa etária ou sexo na população está contribuindo em maior ou menor medida para a mortalidade. Ou seja, indica qual o grupo mais atingido ou afetado.

Em geral, essa relação é multiplicada por uma base de 100.

Exemplo 1

Número de óbitos por homicídios em relação ao número de óbitos total de causas externas. Assim, a proporção de homicídios dentre as causas externas seria:

No numerador da proporção, é registrada a frequência absoluta do evento, que constitui subconjunto da frequência contida no denominador.

Para refletir

E no seu município, você sabe qual é a proporção de mortes por homicídios em relação ao total de causas externas? Considerando as variáveis sexo e idade, você saberia dizer qual o grupo mais atingido?

A distribuição proporcional não mede o risco de adoecer ou morrer (como no caso dos coeficientes que, no seu denominador, consideram a população sob risco); ela apenas expressa uma parte do todo analisado. Por exemplo, o percentual de pessoas acometidas por suicídios em relação ao total de causas externas. O resultado é sempre expresso em porcentagem e indica causas mais frequentes e grupos mais atingidos.

Em epidemiologia, é comum o uso do conceito de risco. Nesse caso, o risco é a chance ou probabilidade de, numa determinada população, um indivíduo ou grupo vir a

adoecer ou morrer. Esse risco costuma ser medido por meio de um **coeficiente**.

O conceito de risco requer um período referente que descreva o tempo no qual o agravo ou a doença ocorre. Assume-se que a população inteira em risco de desenvolver o evento, no início do período do estudo, foi seguida por um intervalo de tempo específico.

O denominador representa a população sob risco de o evento ocorrer, enquanto o numerador está contido no subconjunto maior que se refere à população. Os resultados podem ser expressos em números múltiplos de 10, dependendo da frequência do evento e da necessidade de inteligibilidade do indicador. Geralmente, para os coeficientes de mortalidade específicos utiliza-se a base 100 mil habitantes ou 105.

Neste texto, utilizaremos os termos “coeficiente” e “taxa” como tendo o mesmo significado.

Potências de 10

$10^2 = 10 \times 10 = 100$

$10^3 = 10 \times 10 \times 10 = 1.000$

$10^4 = 10 \times 10 \times 10 \times 10 = 10.000$

$10^5 = 10 \times 10 \times 10 \times 10 \times 10 = 100.000$

Exemplo 2

O coeficiente de mortalidade por causas externas seria o número de óbitos por causas externas no município, em relação às pessoas residentes nessa cidade, em cada ano. Assim, teríamos:

Ou seja, ocorreram 40 óbitos por causas externas em cada 100.000 habitantes

$$\frac{\text{180 mortes por causas externas}}{\text{450.000 habitantes}} \text{ X } 100.000 = \text{40 óbitos por 100.000 habitantes}$$

Para refletir

Qual é o coeficiente de mortalidade por causas externas do seu município no último ano, para o qual existe essa informação?

Comparado com o coeficiente de outras localidades, esse coeficiente é mais alto ou mais baixo?

Você pode identificar as razões pelas quais ele tem essa intensidade?

5.3 Medidas do tipo razão

Esse tipo de medida expressa a relação entre duas magnitudes da mesma dimensão e natureza, em que o numerador corresponde a uma categoria que exclui o denominador. A mais utilizada é a **razão** de sexos: o número de ocorrências em indivíduos de um sexo dividido pelo número de ocorrências no sexo oposto. Quando o numerador é maior do que o denominador, o resultado expressa quantas vezes a mais ocorre o evento nos indivíduos do numerador com respeito aos indivíduos do denominador.

Exemplo 3

Razão entre o número de casos de homicídios no sexo masculino e o número de casos de homicídios no sexo feminino. Assim, a razão homem/mulher em relação aos homicídios seria:

$$\frac{\text{54 homicídios de homens}}{\text{14 homicídios de mulheres}} = 3,9$$

Ou seja, quase 4 homens morrem por homicídio em relação a cada mulher

Para refletir

No ano X, nas capitais do Brasil morreram 5,6 homens em relação a cada mulher por causas externas em geral; 12,3 homens em relação a cada mulher por homicídios; e 4,4 homens em relação a cada mulher por suicídios.

Em sua opinião, por que ocorre essa sobremortalidade no sexo masculino?

5.4 Indicadores de mortalidade e de morbidade

Os indicadores epidemiológicos são, tradicionalmente, calculados por meio de indicadores gerais e específicos de mortalidade e de morbidade.

5.4.1 Indicadores de mortalidade

Mortalidade é a variável característica das comunidades de seres vivos. Refere-se ao conjunto dos indivíduos que morrem em um dado intervalo de tempo. O risco ou a probabilidade de qualquer pessoa na população vir a morrer em decorrência de uma doença ou agravo, como no caso das causas externas, é calculado pela taxa ou coeficiente de mortalidade. Representa a intensidade com que os óbitos provocados por uma determinada doença ou agravo ocorrem em uma certa população.

Indicadores como os de mortalidade geral, mortalidade infantil, mortalidade materna e por doenças transmissíveis são os mais utilizados para avaliar o nível de saúde de uma população. Entretanto, mais recentemente, os indicadores relativos às causas externas passaram a ser usados para medir o grau de desenvolvimento e de estilo de vida das sociedades contemporâneas.

Indicadores de mortalidade geral

O coeficiente ou a taxa de mortalidade geral se refere a toda a população e mede o risco de morte por todas as causas em uma população de um dado local e período.

Ele é calculado dividindo-se o número de óbitos por todas as causas, em um determinado período, pela população ajustada para o meio desse período, relativo a determinada área. O valor final é multiplicado por um múltiplo de dez.

$$CMC = \frac{\text{Número de óbitos por doença ou causa no mesmo local e período}}{\text{População exposta ao risco}} \times 10^5$$

Quando analisamos o grupo específico das causas acidentais e violentas, denominado causas externas, estamos trabalhando com o coeficiente de mortalidade específico por causa.

Coeficiente de Mortalidade por Causa (CMC)

Mede o risco de morrer por uma causa ou grupo de causas específico, a que esteve exposta uma determinada população, durante certo tempo. No denominador deve constar a população exposta ao risco de morrer por essa mesma causa e, no numerador, o número de óbitos por aquela causa específica.

A mortalidade específica por causas externas varia segundo sexo, idade, raça/cor, entre outras categorias, e é calculada de acordo com a expressão:

$$CMC = \frac{\text{Óbitos por causas externas, segundo sexo ou outra variável de interesse}}{\text{População segundo a mesma variável de interesse}} \times 10^5$$

Exemplo 4

O coeficiente de mortalidade masculina por homicídio é o número de óbitos ocorridos por essa causa na população masculina dividido pela população masculina residente na cidade X, no período Y. Assim, o cálculo seria:

Ou seja, em cada 100.000 homens 120 morreram por homicídios

$$\text{Coef. Mortalidade masculina por homicídios} = \frac{\text{240 homicídios de homens}}{\text{200.000 homens}} \times 100.000 = 120/100.000 \text{ homens}$$

Em geral, os dados sobre mortalidade por causas externas de residentes são extraídos do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) e fornecidos pelo DATASUS/MS, como dito anteriormente. A cobertura e a qualidade dos dados do SIM são variáveis, sendo melhores nos estados do Sul e Sudeste do país, onde mais de 80% dos municípios possuem informação regular sobre registro de óbitos, enquanto nos municípios das regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste essa proporção fica em torno de 60%, mas vem melhorando paulatinamente. No entanto, nas capitais o registro cobre praticamente a totalidade dos óbitos.

Mais detalhes sobre a qualidade dessas informações podem ser encontrados no Capítulo 16 da parte III.

Para identificar os principais indicadores de mortalidade específica por causas externas consulte o Quadro 1, a seguir.

Quadro 1 – Principais indicadores de mortalidade específica por causas externas e seus grupos de causas

Variável	Definição operacional	Indicador	Cálculo dos indicadores	Fonte	Unidade de análise
Óbito por violência estratificado por faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Soma para o sexo masculino e para o feminino. Causa básica CID-10 – OMS: V01-V99; X85-Y09; Y35-Y36.	Taxa de mortalidade por suicídio, homicídio, acidente de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por tipo de violência nas faixas etárias e sexo de interesse/população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.
Óbito por violência estratificado por grupos etários.	Soma por faixa etária de estudo. Causa básica CID-10 – OMS: V01-V99; X85-Y09; Y35-Y36.	Taxa de mortalidade por suicídio, homicídio, acidente de transporte, nas faixas etárias de interesse do estudo.	(número de óbitos por tipo de violência, segundo faixa etária/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.
Óbito por violência estratificado por raça/cor.	Soma de homicídio, suicídio e acidente de transporte por raça/cor branca e preta. CID-10 – OMS: V01-V99; X85-Y09; Y35-Y36.	Proporção de óbitos raça/cor branca e preta por homicídio, suicídio, acidente de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por violência segundo raça/ cor, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/n. total de óbitos por violência, segundo sexo e faixa etária do numerador) x 100.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por acidente de transporte (atropelamentos e outros acidentes de transporte).	Causa básica CID-10 – OMS: V01-V99.	Taxa de mortalidade por acidente de transporte nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por acidente de transporte nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.

Variável	Definição operacional	Indicador	Cálculo dos indicadores	Fonte	Unidade de análise
Óbitos por atropelamentos.	Causa básica CID-10 – OMS: V01-V09.	Taxa de mortalidade por atropelamento nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por atropelamento nas faixas etárias e sexo de interesse/ população exposta ao risco, segundo escolha do numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por outros acidentes de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID-10 – OMS: V10-V99.	Taxa de mortalidade por outros acidentes de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por outros acidentes de transporte, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por homicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID-10 – OMS: X85-Y09 e Y35 a Y36.	Taxa de mortalidade por homicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por homicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/população exposta ao risco) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por arma de fogo, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID- 10 – OMS: X94 e X95.	Taxa de mortalidade por homicídio por arma de fogo, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por homicídio por arma de fogo, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.

Variável	Definição operacional	Indicador	Cálculo dos indicadores	Fonte	Unidade de análise
Óbitos por arma branca, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID- 10 – OMS: X99.	Taxa de mortalidade por homicídio por arma branca, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por homicídio por arma branca, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.
Óbitos por suicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	Causa básica CID- 10 – OMS: X60 a X84.	Taxa de mortalidade por suicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo.	(número de óbitos por suicídio, nas faixas etárias e sexo de interesse do estudo/ população exposta ao risco, segundo o numerador) x 100.000.	Sistema de Informação de Mortalidade	Local de residência e ano do óbito.

Fonte: Elaboração dos autores.

Distribuição proporcional de mortalidade

A distribuição proporcional de mortalidade pode ser calculada segundo causas específicas, por sexo, por faixa de idade ou outras variáveis.

Esse cálculo representa um subconjunto (número parcial de óbitos pela variável em estudo) dividido pelo total de óbitos que constituem o conjunto.

$$\text{Distribuição proporcional} = \frac{\text{Número parcial de casos}}{\text{Número total de casos}} \times 100$$

Exemplo 5

A mortalidade proporcional por mortes violentas em adolescentes de 10 a 19 anos de idade segundo a raça/cor branca e preta é o número de óbitos ocorridos entre adolescentes da raça/cor branca e da raça/cor preta dividida pelo número total de óbitos de adolescentes de 10 a 19 anos, multiplicado por 100, na cidade X, no período Y. Assim, o cálculo seria:

Lembre-se de que a distribuição proporcional não mede o risco de adoecer ou morrer (como no caso dos coeficientes); ela apenas indica como se distribuem os casos entre as pessoas afetadas, por grupos etários, raça/cor, localidade e outras variáveis. O resultado é sempre expresso em porcentagem.

Agora que você já conhece os conceitos epidemiológicos básicos para descrever e analisar a mortalidade, procure aplicá-los nos exercícios a seguir.

Para praticar

Análise da distribuição da mortalidade por causas externas específicas

Analise as causas externas e as outras causas específicas apresentadas na tabela e descreva a situação da mortalidade por causas externas no município X, no ano X, seguindo as questões abaixo.

1. Identifique as causas externas específicas que apresentam maior risco de morte da população.
2. Discuta e analise com outras pessoas da sua unidade de serviço as possíveis causas de maior risco de morte por violências e acidentes em seu município.

Tabela – Distribuição da mortalidade (número, proporção e coeficiente) por causas externas específicas. Município X, ano X

Causas externas específicas	**N.**	**%**	**Coef.** [1]
Acidentes de transporte	33.620	26,5	19,0
Quedas	6.017	4,8	3,4
Afogamento e submersões acidentais	5.972	4,7	3,4
Exposição à fumaça, ao fogo e às chamas	1.007	0,8	0,6
Envenenamentos, intoxicações por ou exposições a substâncias nocivas	258	0,2	0,1
Lesões autoprovocadas voluntariamente	7.861	6,2	4,4
Agressões	51.043	40,3	28,9
Eventos (fatos) cuja intenção é indeterminada	11.101	8,8	6,3
Intervenções legais e operações de guerra	491	0,4	0,3
Todas as outras causas externas	9.287	7,3	5,3
Total de causas externas	**126.657**	**100,0**	**71,6**

[1] Coeficientes por 100 mil habitantes.

Respostas:

1. As agressões são os eventos mais frequentes dentre os tipos de mortes por causas externas, com 51.043 mortes no ano estudado. Essa causa corresponde a 40,3% de todos os óbitos por causas externas do município no ano X.
2. A análise dos coeficientes permite dizer que as mortes por agressão representam o maior risco de mortalidade dentre as causas externas: 28,9 óbitos por 100 mil habitantes no ano X.

Para praticar

Análise dos coeficientes de mortalidade por causas externas, homicídios e acidentes de transportes, segundo sexos e faixas etárias

Responda às questões, com base na tabela apresentada a seguir, para interpretar os coeficientes por causas externas e acidentes de transporte:

1. Quais os grupos por faixa etária e sexo com maior risco de morrer por causas externas em geral, por homicídios e acidentes de transportes?
2. Qual o grupo prioritário (por causa, sexo e faixa etária) para intervenção? O que justifica essa prioridade?

Tabela – Coeficientes[1] de mortalidade por causas externas, homicídios e acidentes de transportes, segundo sexos e faixas etárias. Município X, ano X

Faixas etárias (em anos)	**Causas externas**			**Homicídios**			**Acidentes de transportes**		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
0 - 9	13,9	8,2	11,1	0,9	0,7	0,8	5,18	3,44	4,3
10 - 14	20,4	9,1	14,8	4,3	1,7	3,1	7,19	3,69	5,5
15 - 19	129,5	19,4	74,7	78,2	6,5	42,5	23,86	6,96	15,5
20 - 24	221,8	21,6	121,4	132,6	7,7	70,0	46,96	7,95	27,4
25 - 29	205,8	20,8	111,9	115,5	7,4	60,6	47,33	7,20	26,9
30 - 39	164,3	19,4	90,0	77,5	6,1	40,9	42,70	6,72	24,2
40 - 49	149,4	21,4	83,4	51,7	4,8	27,5	46,37	8,07	26,6
50 - 59	136,8	21,9	77,0	36,2	3,3	19,1	44,35	8,78	25,9
60 +	152,5	65,8	104,7	21,9	2,7	11,3	46,80	14,65	29,1
Total	119,7	21,3	69,7	52,8	4,3	28,2	31,05	7,02	18,9

[1] Coeficientes por 100 mil habitantes.

Respostas:

1. O grupo de 15 a 49 anos de idade apresenta os maiores coeficientes de mortalidade por homicídios no município X, ano X, com destaque para os adultos jovens entre 20 e 29 anos de idade, que se revelam com maior risco de morte por essa causa (70,0 e 60,6 por 100 mil habitantes, respectivamente);
2. O risco de morte é maior entre homens do que entre mulheres, em todas as faixas etárias. Todavia, existem diferenças dependendo da idade. Nas crianças até 9 anos, há 1,3 vezes mais homens que mulheres (0,9 por 100 mil

habitantes no sexo masculino e 0,7 no feminino). Essa diferença é bem menor do que a observada nas demais faixas, destacando os adultos entre 20 e 24 anos, em que a taxa masculina é 17,2 vezes maior do que a feminina (132,6 e 7,7 por 100 mil, respectivamente).

Para praticar

Análise dos coeficientes de homicídios por 100 mil habitantes, segundo sexo, idade e raça/cor

Paralelamente à idade, estudos recentes têm identificado a existência de uma dramática concentração de mortes violentas na população negra (somatório dos classificados como pretos e pardos), indicando que a distribuição desigual de riquezas e recursos sociais (educação, saúde, saneamento) entre brancos e negros, no Brasil, acaba por provocar outro tipo de desigualdade: aquela na distribuição da morte violenta. Assim, são os homens negros e, entre estes, os mais jovens, as vítimas preferenciais da violência letal. Como se sabe, “cor” no Brasil reflete as condições socioeconômicas avaliadas por escolaridade, renda e outros indicadores de acesso a benefícios sociais, estando os negros mais concentrados nos estratos inferiores da pirâmide social.

Para continuar refletindo sobre a violência em relação à raça/cor, analise a tabela apresentada logo adiante e reflita sobre as questões a seguir:

1. Em que faixa etária e raça/cor os coeficientes de homicídios são mais altos?
2. O que revelam os diferenciais por sexo e raça/cor em todas as faixas etárias?
3. Na sua cidade, a secretaria municipal de saúde trabalha com esses detalhamentos de idade e raça/cor?
4. Que contribuições essa análise pode acrescentar para o planejamento e vigilância à saúde?

Tabela – Coeficientes de homicídios por 100 mil habitantes, segundo sexo, idade e raça/cor – Brasil (20 Ufs), ano X

Sexo	**Masculino**			**Feminino**		
Raça	Branca	Preta	Parda	Branca	Preta	Parda
Até 9 anos	1,0	0,9	1,3	1,1	1,0	0,9
10 a 14 anos	4,2	9,7	7,7	1,7	2,3	2,7
15 a 19 anos	64,8	152,5	123,3	6,6	11,5	9,9
20 a 24 anos	102,3	218,5	185,4	6,6	13,2	10,3
25 a 29 anos	96,5	177,2	163,6	7,6	15,2	11,2
30 a 39 anos	69,8	120,5	112,5	5,9	12,1	8,4
40 a 49 anos	49,4	67,9	75,4	4,7	7,3	6,6
50 a 59 anos	35,0	42,3	46,3	3,9	3,8	2,9
60 anos ou mais	22,9	16,5	25,7	4,7	3,2	4,0

Respostas:

1. Os homens na faixa etária de 15 a 39 anos constituem o grupo mais atingido por homicídio no município X, no ano X; em relação à cor da pele, os coeficientes de mortalidade por homicídios são bem mais elevados entre as pessoas de cor preta e parda, na faixa etária dos 15 aos 39 anos.
2. No grupo de mulheres entre 15 e 39 anos, também se observam os maiores coeficientes, mas a realidade dos homicídios nesse grupo é bem menos intensa. Por exemplo: a faixa mais atingida entre as mulheres (25 a 29 anos) apresenta taxas que oscilam entre 7,6 por 100 mil entre brancas e 15,2 entre pessoas com cor de pele preta. Entre os homens de 25 a 29 anos, os coeficientes variam entre 96,5 para os brancos e 177,2 para os jovens de cor preta e parda, por 100 mil habitantes.

5.4.2 Indicadores de morbidade

Outra forma de caracterizar epidemiologicamente a violência é a partir dos dados de morbidade, ou seja, de lesões, ferimentos e danos não letais provocados por acidentes e violências, também definidos no Capítulo 1 como violências físicas, sexuais, psicológicas e negligências.

A morbidade é frequentemente estudada segundo alguns indicadores básicos: a incidência e a prevalência.

Incidência

A medida da incidência traz a ideia da intensidade com que uma doença acontece numa população e mede a frequência ou probabilidade de ocorrência de casos novos da doença na população. Alta incidência significa alto risco coletivo de adoecer.

A Incidência Cumulativa (IC) é a proporção de pessoas que se tornam doentes durante um período específico de tempo.

$$\text{Coeficiente de Incidência} = \frac{\text{Número de casos novos de uma doença, em um dado local e período}}{\text{População do mesmo local e período}} \times 10^n$$

Exemplo 6

A incidência de abuso sexual entre mulheres de um determinado município é o número de casos novos de mulheres vítimas de abuso sexual registrado em um determinado município, em dado período. Assim, o cálculo da incidência seria:

Para refletir

Historicamente as mulheres têm sido as maiores vítimas de violência sexual. A cada ano surgem casos novos, caracterizando uma incidência crescente. Com base nesse indicador, como você situa a violência sexual no seu município?

5.5 Prevalência

O verbo prevalecer significa ser mais, ter mais valor, preponderar, predominar. A **prevalência** indica a qualidade daquilo que predomina. Portanto, prevalência implica acontecer e permanecer existindo num momento considerado.

O coeficiente de prevalência é mais utilizado para doenças crônicas e de longa duração. Casos prevalentes são os que estão sendo tratados (casos antigos), mais aqueles que foram descobertos ou diagnosticados (casos novos).

Portanto, em relação às causas externas, a morbidade se refere às lesões e aos ferimentos provocados pelos acidentes e violências ocorridos pela primeira vez, mais aqueles já existentes em um determinado período de tempo.

Nesse sentido, a prevalência de tentativas de suicídio se constituiria dos casos de tentativas pela primeira vez, mais os casos reincidentes em um determinado período, em um dado município. Do mesmo modo, os casos de abuso físico, psicológico e sexual que têm início em determinado momento e permanecem ocorrendo durante certo período.

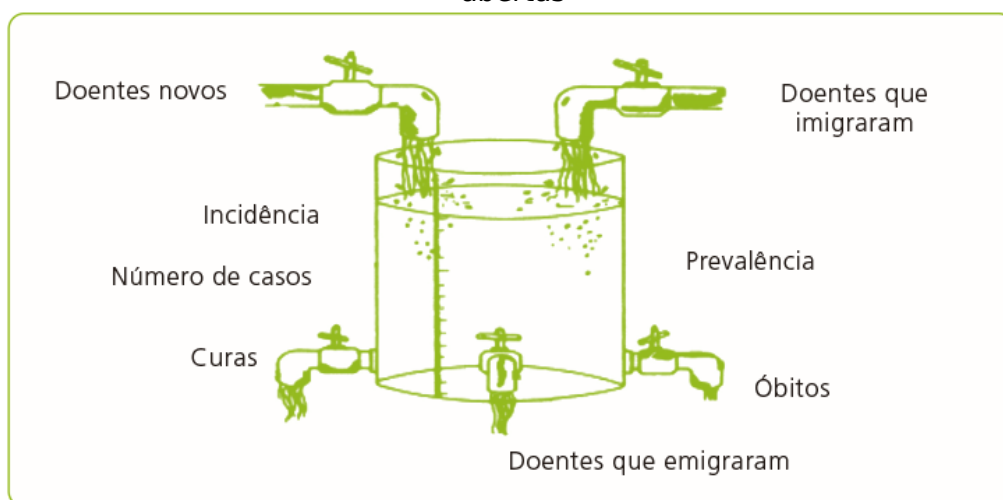
Ou seja, há 15,2 casos de abuso sexual em cada 1.000

$$\text{Prevalência de abuso sexual de mulheres} = \frac{\text{240 casos novos + 2.800 casos antigos}}{\text{200.000 mulheres residentes}} \times 1.000 = \text{15,2 casos/1.000 mulheres}$$

Para os acidentes e violências, a morbidade costuma ser registrada no Sistema de Informação Hospitalar por meio do diagnóstico primário (que designa a natureza da lesão: fratura, traumatismo etc.) e por meio do diagnóstico secundário (a causa externa que provocou a lesão ou o ferimento: queda, acidente de trânsito, agressão etc.).

Para mais detalhes sobre esse sistema de informação, consulte o Capítulo 16 da parte III.

A prevalência, como ideia de acúmulo, de estoque, indica a força com que subsiste a doença na população (Figura 1).

Figura 1 – Eventos que influenciam a prevalência de doenças em comunidades abertas

Fonte: Adaptado de Rouquayral e Kerr-Pontes (1993).

Para praticar

Distribuição das internações por causas específicas e externas

Para exercitar a reflexão sobre o uso dos indicadores de morbidade, considere as informações que seguem e as tabelas “Distribuição das internações por causas específicas de lesões e envenenamentos. Município X, ano X” e “Distribuição proporcional das causas externas que motivaram as internações por lesões e envenenamentos, segundo faixas etárias. Município X, ano X”. Com base nessas informações, sistematize suas ideias sobre as seguintes questões:

1. Qual a causa específica de lesões e envenenamentos que mais atingiu a população do município X, no ano X?
2. Como se comportam, por faixa etária, as diferentes causas específicas de lesões e envenenamentos?

Tabela – Distribuição das internações por causas específicas de lesões e envenenamentos. Município X, ano X

Causas específicas	N	%	Taxa *
Traumatismos	525.027	83,2	3,0
Intoxicação por substâncias não medicinais	29.826	4,7	0,2
Queimaduras	27.848	4,4	0,2
Outras complicações de cuidados médicos	23.154	3,7	0,1
Intoxicação por drogas, medicamentos e substâncias biológicas	9.718	1,5	0,1
Demais causas	15.404	2,3	0,1
Total	630.977	100,0	3,7

* Taxa por 1.000 habitantes

Tabela – Distribuição proporcional das causas externas que motivaram as internações por lesões e envenenamentos, segundo faixas etárias. Município X, ano X

Motivo	0 a 9	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 e mais	Total
Quedas acidentais	47,4	43,2	34,4	38,1	41,6	46,2	56,4	43,1
Acidentes de transporte	13,5	19,1	23,1	20,4	18,6	16,7	13,1	18,2
Outros acidentes	11,7	13,4	14,7	13,9	12,8	12,2	10,2	12,9
Fatores naturais e ambientais	5,9	6,2	5,2	5,4	5,4	5,5	4,5	5,4
Homicídios	1,8	5,7	9,4	7,3	5,5	3,7	1,9	5,4
Lesões ignoradas	4,0	3,7	3,7	3,9	3,9	3,7	3,2	3,7
Fogo e chamas	8,9	2,7	2,5	2,7	2,8	2,3	1,7	3,4
Cuidados médicos	1,5	1,7	2,3	2,7	3,5	4,3	4,9	2,8
Suicídios	0,7	1,5	1,8	2,1	2,0	1,5	0,8	1,5
Demais causas	4,4	2,8	3,0	3,6	3,9	3,8	3,4	3,5
Total	94.290	107.370	125.072	98.167	71.833	47.903	84.341	628.976

Respostas:

1. As internações de idosos por traumatismos no ano X, no município X, foram responsáveis pela maioria das 630.977 internações por lesões e envenenamentos nesse município (83,2%). Elas correspondem a um coeficiente de prevalência de 3,0 internações por mil habitantes, o maior dentre todas as demais causas específicas; analisando-se as 628.976 internações por causas externas que motivaram todas as lesões e os envenenamentos, vemos que as quedas acidentais (43,1%), os acidentes de transporte (18,2%) e outros acidentes (12,9%) respondem, proporcionalmente, pela maior parte das internações.
2. Observando-se a distribuição proporcional por faixa etária dos idosos, como exemplo, temos que dos 84.341 idosos do município que foram internados por lesões e envenenamentos no ano X, 56,4% sofreram quedas acidentais, 13,1%, acidentes de transporte e 10,2%, outros tipos de acidentes.

A sinopse a seguir (Figura 2) detalha os principais indicadores epidemiológicos que poderão ser usados diante da realidade de cada município.

Figura 2 – Indicadores epidemiológicos

5.6 Referências

ALMEIDA FILHO, N.; ROUQUAYROL, M. Z. Indicadores epidemiológicos. *In*: ALMEIDA FILHO, N. *Introdução à epidemiologia*. Rio de Janeiro: Medsi, 2002. p. 127-168.

BATISTA, L. E. Masculinidade, raça/cor e saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 10, p. 71-80, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Análise de situação em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005.

CANO, Ignacio *et al*. *Cor e vitimização por homicídios no Brasil*. [*S. l.: s. n.*], 2004.

FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Medidas em saúde coletiva e introdução à epidemiologia descritiva. *In*: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. *Curso básico de vigilância epidemiológica*. Brasília, DF: Secretaria de Vigilância em Saúde, abr. 2001.

GAWRYSZEWSKI, V. P.; KOIZUMI, M. S.; MELLO-JORGE, M. H. P. D. As causas externas no Brasil no ano 2000: comparando a mortalidade e a morbidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 955-1003, 2004.

MELLO-JORGE, M. H. P. *O impacto da violência nos serviços de saúde*. São Paulo: USP/Faculdade de Saúde Pública, 1989. Mimeografado.

MERCHÁN-HAMANN, E.; TAUIL, P. L.; COSTA, M. P. Terminologia das medidas e indicadores em epidemiologia: subsídios para uma possível padronização da nomenclatura. *Informe Epidemiológico do SUS*, Rio de Janeiro, n. 9, p. 273-284, 2000.

MINAYO, M. C. S. *et al*. Análise da morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos no Brasil em 2000. *In*: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003. p. 109-129.

MONTENEGRO, B.; TAVARES, M. *Prevenção do suicídio*: o reconhecimento de riscos. [*S. l.*: *s. n.*, 2006].

PEREIRA, M. G. *Epidemiologia*: teoria e prática. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

RODRIGUES, E. M. S. *Lesões causadas no trânsito*: importante problema de saúde pública. [*S. l.*: *s. n.*, 2000].

ROUQUAYRAL, M. Z.; KERR-PONTES, L. R. A medida de saúde coletiva. *In*: ROUQUAYRAL, M. Z. *Epidemologia e saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: Ed. Médica e Científica, 1993. p.42.

SOUZA, E. R. Masculinidade e violência no Brasil: contribuições para a reflexão no campo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 59-70, 2005.

SOUZA, E. R.; LIMA, M. L. C. Panorama da violência urbana no Brasil e suas capitais. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 363-373, abr./jun. 2006.

6. Homicídio: violência interpessoal que impede a vida

Edinilsa Ramos de Souza, Liana Wernersbach Pinto, Adalgisa Peixoto Ribeiro

Este capítulo tem como objetivo proporcionar uma reflexão sobre o homicídio, que é a expressão mais intensa da violência interpessoal, por afetar o bem mais precioso – a vida de suas vítimas diretas, assim como das pessoas próximas, como familiares, amigos e conhecidos, referidas como vítimas indiretas, sobreviventes do homicídio, covítimas de homicídio.

O homicídio também é expressão da violência coletiva que afeta principalmente grupos e comunidades mais vulneráveis, e tem sido considerado um indicador universal da violência social.

A atual Constituição brasileira, de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, define o direito à vida como um dos

fundamentos do Estado de Direito e afirma que o poder público tem como dever primordial proteger esse direito.

O capítulo está dividido em três partes: a primeira trata das principais definições e tipologias dos homicídios; a segunda apresenta sua magnitude no Brasil e no mundo, bem como os perfis das vítimas, as motivações e consequências; e, por fim, são apresentadas as formas de prevenção desse grave problema social e de saúde pública.

6.1 Definições e tipologias

A palavra homicídio é um substantivo masculino, vem do latim *hominis excidium,* que significa o ato de uma pessoa matar outra pessoa. Também pode ser denominado como assassinato e assassínio.

Para mais detalhamento sobre os eventos que compõem cada um desses subgrupos, consulte a CID-10 no endereço eletrônico
http://datasus1.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/cadastros-nacionais/cid-10

A Classificação Internacional de Doenças (CID) da Organização Mundial da Saúde (OMS), em sua 10ª revisão, define o homicídio como "lesões infligidas por outra pessoa, empregando qualquer meio, com a intenção de lesar (ferir) ou de matar". Nessa revisão da CID, os homicídios passaram a ser denominados como agressões e estão agregados nos códigos X85-Y09, que fazem parte do grande grupo de lesões e mortes por causas externas, que engloba todos os

acidentes e as violências auto e heteroinfligidas. Os códigos e subgrupos dessa classificação podem ser vistos no quadro a seguir.

CID-10

X85. – Agressão por meio de drogas, medicamentos e substâncias biológicas
X86. – Agressão por meio de substâncias corrosivas
X87. – Agressão por pesticidas
X88. – Agressão por meio de gases e vapores
X89. – Agressão por meio de outros produtos químicos e substâncias nocivas especificados
X90. – Agressão por meio de produtos químicos e substâncias nocivas não especificados
X91. – Agressão por meio de enforcamento, estrangulamento e sufocação
X92. – Agressão por meio de afogamento e submersão
X93. – Agressão por meio de disparo de arma de fogo de mão
X94. – Agressão por meio de disparo de espingarda, carabina ou arma de fogo de maior calibre
X95. – Agressão por meio de disparo de outra arma de fogo ou de arma não especificada
X96. – Agressão por meio de material explosivo
X97. – Agressão por meio de fumaça, fogo e chamas
X98. – Agressão por meio de vapor de água, gases ou objetos quentes
X99. – Agressão por meio de objeto cortante ou penetrante
Y00. – Agressão por meio de um objeto contundente
Y01. – Agressão por meio de projeção de um lugar elevado
Y02. – Agressão por meio de projeção ou colocação da vítima diante de um objeto em movimento
Y03. – Agressão por meio de impacto de um veículo a motor

Y04. – Agressão por meio de força corporal
Y05. – Agressão sexual por meio de força física
Y06. – Negligência e abandono
Y07. – Outras síndromes de maus-tratos
Y08. – Agressão por outros meios especificados
Y09. – Agressão por meios não especificados

As mortes provenientes das intervenções legais e as operações de guerra (ação de agentes do estado) não estão incluídas nesse grupo de agressões da CID. Entretanto, neste capítulo, as mortes por intervenções legais (códigos Y35 e Y36) foram somadas aos óbitos por agressões (X85 a X99, Y00 a Y09), considerando-se que a literatura tem apontado que parcela considerável das ditas intervenções legais apresenta características de homicídios, que foram cometidos por policiais sem que tenha havido qualquer resistência da vítima. Essas mortes constam nos registros policiais como “autos de resistência”, ou seja, casos em que a vítima, supostamente, teria reagido à abordagem policial (CANO, 1997).

Do ponto de vista jurídico o homicídio é entendido como a destruição voluntária ou involuntária da vida de um ser humano. No Código Penal Brasileiro vigente é abordado nos artigos 121 a 128 e está incluído nos crimes contra a pessoa, no capítulo dos crimes contra a vida (BRASIL, 2019).

Homicídio doloso e **culposo** são **modalidades de homicídios** que qualificam as **circunstâncias ou intenções** de um assassinato.

Dolo é um procedimento que envolve fraude, velhacaria, engano, traição e maquinação por parte de alguém em relação a outra pessoa. Agir com dolo significa que alguém tem a intenção de atingir e causar dano a outras pessoas. É uma prática com o objetivo consciente de cometer um crime, sem que a pessoa que o comete tenha sido influenciada ou motivada por

terceiros. São exemplos de dolo: a elaboração de um contrato fraudulento em busca da concretização de um negócio; um condutor dirigir embriagado e provocar um acidente de trânsito com vítimas fatais.
Homicídio doloso ocorre quando existe dolo, ou seja, quando o ato é praticado com intenção de matar e a pessoa tem consciência da consequência dos seus atos. É quando uma pessoa mata outra intencionalmente.
Homicídio culposo acontece quando a morte de uma pessoa ocorre sem que tenha existido a intenção de matar. Em geral, o homicídio culposo ocorre por negligência, imprudência ou imperícia.

Para saber mais sobre homicídio doloso e culposo, consulte o artigo 121, p. 1 a 4 do Código Penal Brasileiro em:
http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm

6.2 Tipificações dos homicídios

Para fins de penalidade jurídica, os homicídios podem ser considerados simples e qualificado.

- **Homicídio simples** é aquele praticado por um indivíduo a partir de um ato de violenta emoção ou seguido por injusta provocação da vítima.
- **Homicídio qualificado** refere-se àquele que é premeditado e praticado de forma perversa, como, por

exemplo, imprimindo tortura à vítima. O motivo, o meio, ou o fato de visar encobrir outro crime são considerados fatores qualificadores. Assim, o homicídio é considerado qualificado quando é motivado por discriminação racial, sexual ou religiosa.
Se o homicídio apresentar dois desses qualificadores, é considerado duplamente qualificado; se tiver os três, será triplamente qualificado.

A seguir são apresentadas algumas **tipificações** de homicídio como **latrocínio**, **crime passional**, **feminicídio**, **infanticídio** e **eutanásia**, não só pela importância da sua presença em nossa realidade, mas também pelas complexas implicações que têm nos distintos aspectos da vida cotidiana.

Latrocínio indica o ato de roubar à mão armada. É comumente identificado como roubo seguido de morte. Pode ser considerado sinônimo de extorsão violenta. No caso do latrocínio, existe o dolo (a intenção) de matar alguém para roubar alguma coisa. Seu objetivo principal é a apropriação do patrimônio da vítima. Trata-se da junção de duas práticas ilícitas (roubo e homicídio). Está tipificado como **crime hediondo** no artigo 157, parágrafo 3º do Código Penal Brasileiro.

Crime passional refere-se ao homicídio que é motivado por uma grande emoção e um sentimento de paixão doentia do autor em relação à vítima. O termo “passional” destaca o intenso afeto ou o forte sentimento de posse do autor para com a vítima. O agressor, ao não se sentir correspondido em seu afeto, desenvolve um comportamento dominador, possessivo e agressivo, que leva a agressões físicas, estupros e homicídios. Geralmente, é motivado por ciúme nas relações conjugais e afetivas. Apesar de envolver emoção intensa, nem sempre é praticado por impulso. Em alguns casos, é planejado.

O que diferencia o crime passional de outros tipos de homicídio é a relação afetiva que existe entre as partes envolvidas em um relacionamento. Entretanto, o crime passional pode existir sem que haja uma relação íntima entre o criminoso e a vítima, como é o caso, por exemplo, da paixão platônica não correspondida.

Para saber mais sobre latrocínio, acesse: https://www.significados.com.br/latrocinio/

Outras informações sobre crime passional estão disponíveis em: https://www.google.com/search?client=firefox-bd&q=crime+passional

Feminicídio é o homicídio contra a mulher por razões da condição de sexo feminino. É considerado homicídio qualificado e foi incluído no Código Penal pela Lei n. 13.104, de 2015. Importante ressaltar que grande parte do feminicídio é constituída por crimes passionais cujos autores são ex ou atuais companheiros das vítimas.

Femicídio

O termo foi utilizado pela primeira vez por Diana Russel, em 1976, durante depoimento perante o Tribunal Internacional de Crimes contra Mulheres, em Bruxelas. Inicialmente referia-se aos assassinatos de mulheres exclusivamente relacionados a questões de gênero. Quando o termo foi traduzido para o espanhol sofreu modificação com vistas a incluir as especificidades da realidade latino-americana. Assim, nesta tradução, criou-se o termo feminicídio, o qual incluiria elementos

adicionais como a impunidade e a violência institucional (LAGARDE, 2006). Atualmente, ele é empregado em um sentido mais amplo, envolvendo, de forma geral, os óbitos de mulheres por homicídios (NOWAK, 2012).

O problema dos homicídios de mulheres ganhou maior destaque no Brasil a partir da década de 1970, quando se iniciou um forte movimento pela defesa da vida das mulheres e pela punição dos autores.

Esse movimento teve seu auge em dezembro de 1976 com o assassinato de Angela Diniz por Doca Street, de quem ela desejava se separar. O assassino não foi punido e as mulheres se organizaram em torno do lema "Quem ama não mata" (BLAY, 2003).

Infanticídio, no Brasil, é considerado um crime doloso. Para ele é designado um dispositivo próprio do Código Penal, artigo 123, e a penalidade é diminuída em relação ao homicídio, desde que seja praticado pela mãe sob influência do estado puerperal, durante ou logo após o parto. Caso a mãe não se encontre nessa condição, o crime passa a se caracterizar como homicídio. Se ocorrer antes do parto, é considerado aborto. Quando a vítima for outra criança que não o filho, o crime passa a ser homicídio.

Infanticídio

Termo que vem do latim *infanticidium* e significa a morte de criança, especialmente recém-nascida. Esse fenômeno sempre existiu no decorrer da História. Na Antiguidade, referia-se a matança indiscriminada de crianças nos primeiros anos de vida. No Império Romano, e também em algumas tribos bárbaras, sua prática era aceita com o objetivo de regular a oferta de

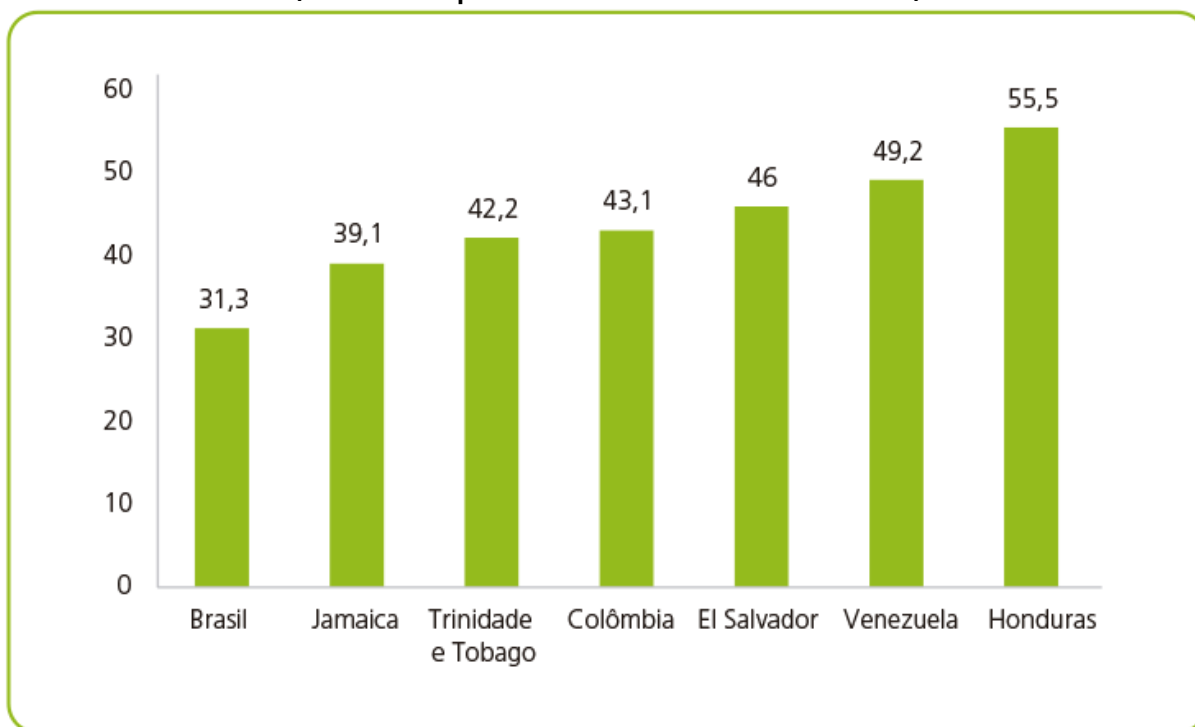
comida à população. Na China, o elevado índice de infanticídio e de aborto de meninas chegou a gerar um desequilíbrio populacional.
Nos Códigos Penais Brasileiros de 1830, 1890 e 1940, o infanticídio esteve presente e foi conceituado de diversas formas.
O Código Penal de 1890 definia infanticídio como: "Matar recém-nascido, isto é, infante, nos sete primeiros dias de seu nascimento, quer empregando meios diretos e ativos, quer recusando à vítima os cuidados necessários à manutenção da vida e a impedir sua morte."
O Código Penal de 1940 adotou critério diverso, ao estabelecer em seu artigo 123 que o infanticídio é: "Matar, sob a influência do estado puerperal, o próprio filho, durante ou logo após o parto" (BRASIL, 2019).

A **eutanásia** é aqui destacada por ser um tipo extremamente polêmico de morte, uma vez que envolve aspectos éticos, morais, culturais e religiosos de pessoas e grupos que a defendem e a rejeitam. Seus defensores alegam que a pessoa deve ter o direito de escolher morrer com dignidade ou viver sofrendo ante uma morte inevitável. Os que a condenam utilizam o argumento religioso de que só Deus tem o direito de tirar a vida de alguém.

Embora a eutanásia não figure no Código Penal Brasileiro, na prática ela é enquadrada como homicídio simples. Mesmo sendo proibida no Brasil, a Lei n. 10.241 de 1999, do estado de São Paulo, confere ao doente terminal, usuário de um serviço de saúde, o direito de recusar um tratamento doloroso que apenas prolongará por um tempo a sua vida. Há países como a Bélgica, Holanda, Luxemburgo, Suíça, Canadá, e Colômbia que a praticam de forma organizada e legal (CASTRO *et al.*, 2016).

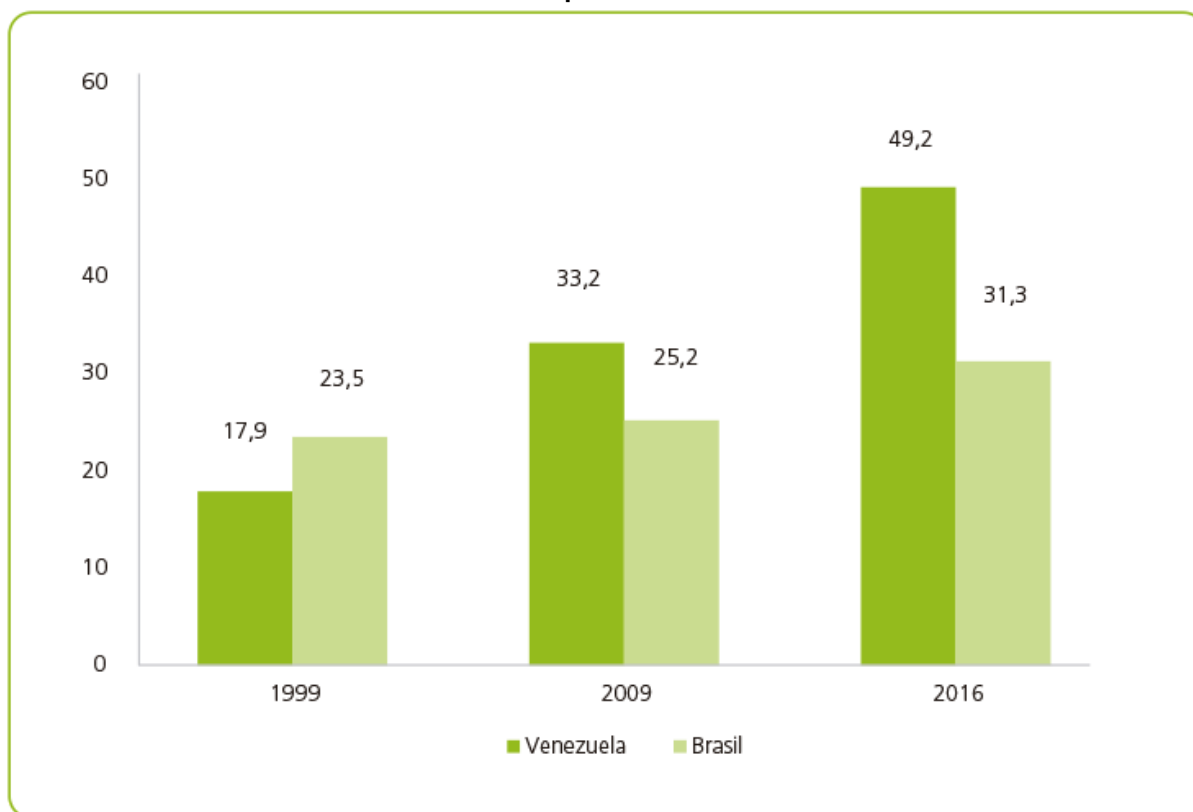
6.3 Magnitude da mortalidade por homicídios: Brasil em números e taxas

Estima-se que 477 mil pessoas tenham sido assassinadas no mundo, em 2016. A região das Américas possui as mais altas taxas de homicídios e o Brasil ocupa a sétima posição, com 31,3 mortes por 100 mil habitantes, em 2016, precedido por Honduras, Venezuela, El Salvador, Colômbia, Trinidade e Tobago e Jamaica (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018). Essa taxa de homicídios brasileira é 30 vezes maior que a taxa da Europa (Gráfico 1).

Gráfico 1 – Taxas de homicídios na região das Américas (mortes por 100 mil habitantes)

Fonte: World Health Organization (2018).

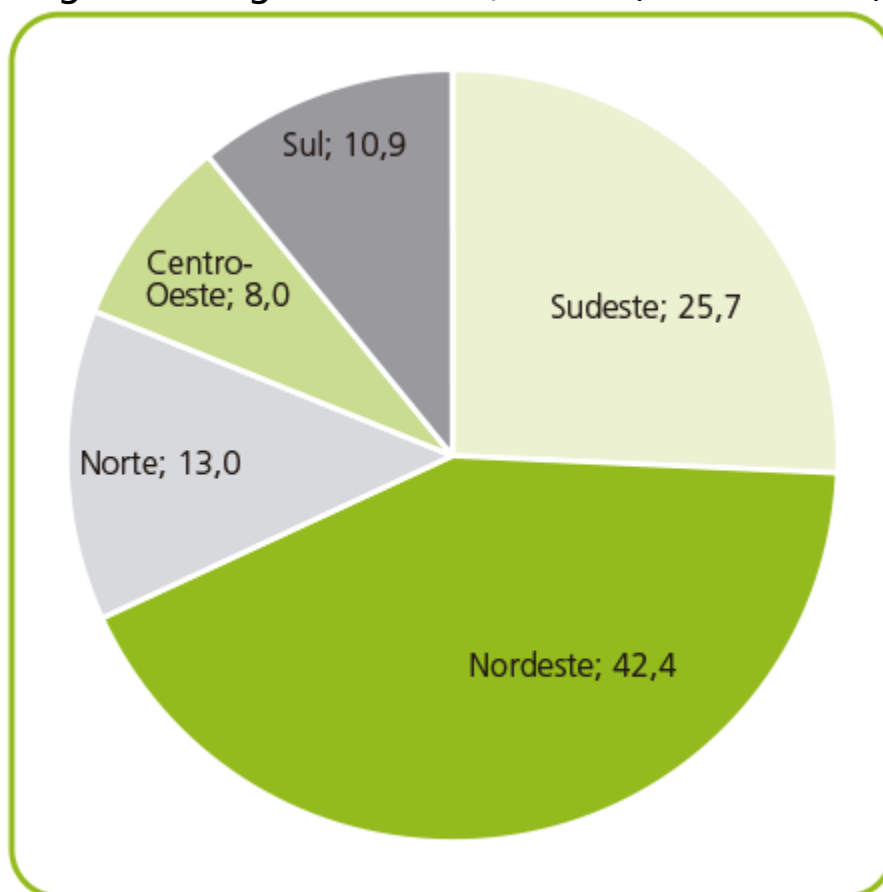
Alguns países latino-americanos, além de historicamente registrarem altas taxas de homicídios, vivenciam uma

tendência crescente dessa violência a partir dos anos 2000. Exemplo disso é a Venezuela, cuja taxa cresceu no período de 1999 a 2016. O Brasil nesses mesmos anos também registrou taxas crescentes, como mostra o Gráfico 2 (GAWRYSZEWSKI *et al*., 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2018).

Gráfico 2 – Evolução das taxas de homicídios no Brasil e Venezuela (mortes por 100 mil habitantes)

Fonte: Gawryszewski *et al*. (2012); World Health Organization (2018).

Apenas nos últimos dez anos, 556 mil brasileiros perderam suas vidas devido aos homicídios. Somente em 2017, 65.602 pessoas morreram por agressões e intervenções legais (como são chamadas as mortes que ocorrem no confronto com a polícia). No entanto, é preciso destacar que a mortalidade violenta é bastante distinta regionalmente. No

Gráfico 3, observa-se a distribuição percentual dos homicídios. Destaca-se a Região Nordeste como a que mais registrou assassinatos, seguida pelas Sudeste, Norte, Sul e Centro-Oeste.

Gráfico 3 – Distribuição percentual dos homicídios, segundo Regiões. Brasil, 2017 (N=65.602*)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (DATASUS, 2017).
* Inclui mortes por agressões (N= 63.748) e por intervenções legais (N=1.854).

Para refletir

Qual é a taxa de homicídio do seu município?

No período de 2000 a 2010, a Região Norte cresceu em 100,9% as suas taxas de homicídio, com destaque para os municípios do interior dos estados; as Regiões Nordeste e Sul também experimentaram, respectivamente, acréscimo de 76,4% e 53,6% nesse período; a Centro-Oeste manteve suas taxas com um leve aumento de 2,6% e a Região Sudeste, ao contrário das demais, registrou uma diminuição de 48,1% na taxa de homicídio (ANDRADE; DINIZ, 2013). No período seguinte (entre 2011 e 2017), todas as regiões registraram aumentos percentuais em suas taxas de homicídio, exceto a Região Sudeste e Centro-Oeste, que reduziu, respectivamente (-4,9% e -2,6%).

Para saber mais sobre homicídio no Brasil, consulte o *Atlas da Violência 2018*, produzido pelo Instituto de Pesquisas Econômicas e Aplicadas e o Fórum Brasileiro de Segurança Pública. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf

É interessante citar as cinco Unidades da Federação que, em 2017, apresentaram as maiores e as menores taxas de homicídio por 100 mil habitantes (Gráficos 4 e 5) (CERQUEIRA *et al*., 2019).

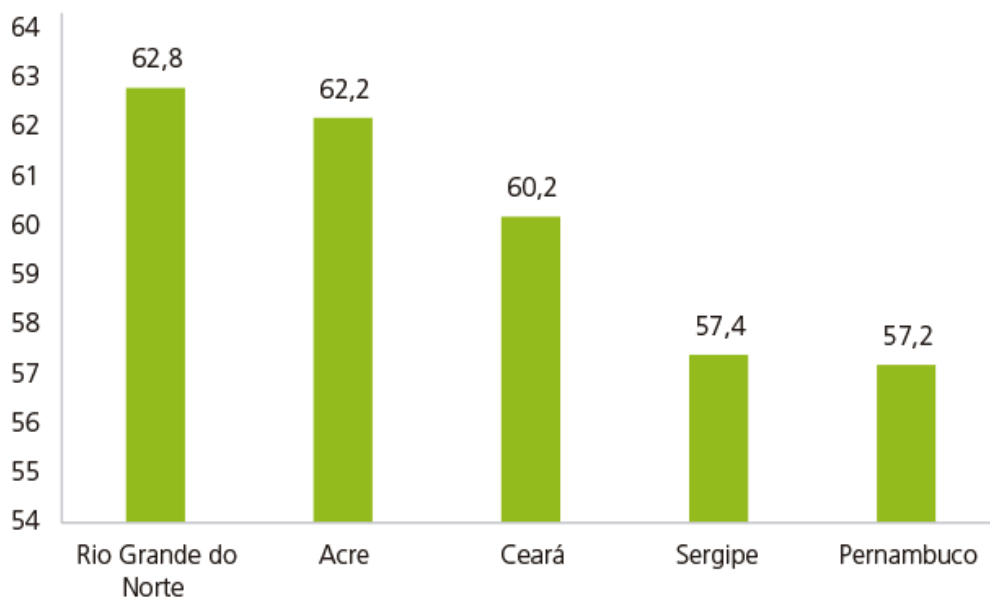
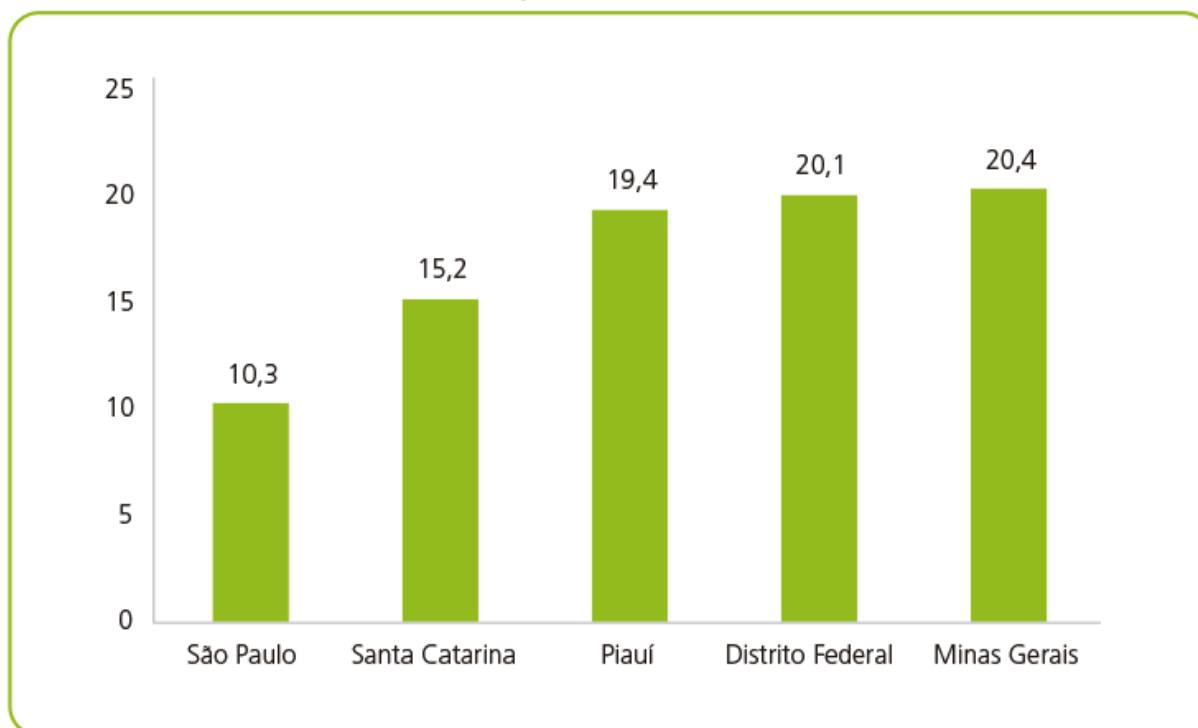
Gráfico 4 – Unidades da Federação com as maiores taxas de homicídio por 100 mil habitantes

Fonte: Cerqueira *et al*. (2019).

Gráfico 5 – Unidades da Federação com as menores taxas de homicídio por 100 mil habitantes

Fonte: Cerqueira *et al*. (2019).

Alguns estudos vêm mostrando que o risco de morrer por homicídio é maior em municípios com maior porte populacional, mais urbanizados, com altas taxas de fecundidade e de analfabetos e com maior desigualdade econômica. No entanto, alguns autores defendem que, nos últimos anos, vem ocorrendo uma reorganização da violência no território nacional, o que trouxe uma disseminação e uma interiorização dos homicídios no Brasil. Isso não ocorre de forma aleatória, mas segue diversas lógicas como o seu aumento em áreas que apresentaram desenvolvimento econômico recente, ou mesmo reorganização do uso dos espaços; em fronteiras interestaduais e internacionais, provavelmente em função do comércio ilegal de armas, drogas e outras mercadorias; e em locais onde o policiamento é escasso ou onde o aparato de segurança não consegue impedir a ocorrência de crimes

por sua ineficiência ou pela escassez de recursos (ANDRADE; DINIZ, 2013; STEEVES; PETTERINI; MOURA, 2015). Outros fatores podem ser determinantes ou estar diretamente associados à ocorrência de homicídios como gênero, faixa etária, raça/cor, local de moradia, trabalho e emprego, que serão abordados a seguir.

6.4 Perfil das vítimas: a concretização das interseccionalidades

A violência que atinge e mata alguém também afeta outras pessoas, que podem pertencer ao círculo de relações da vítima direta e sofrer os efeitos da violação cometida. Desse modo, além da vítima direta do ato violento, ela produz vítimas indiretas, o que amplia o escopo da vitimização e a amplitude do sofrimento gerado em decorrência do ato criminoso.

A Declaração dos Princípios Fundamentais de Justiça Relativos às Vítimas da Criminalidade e de Abuso de Poder, adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas em sua Resolução n. 40/34, de 29 de novembro de 1985, considera vítimas (da criminalidade)

> as pessoas que, individual ou coletivamente, tenham sofrido um prejuízo, nomeadamente um atentado à sua integridade física ou mental, um sofrimento de ordem moral, uma perda material, ou um grave atentado aos seus direitos fundamentais, como consequência de atos ou de omissões violadores das leis penais em vigor num Estado membro, incluindo as que proíbem o abuso de poder (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1985).

Essa declaração inclui a noção de vítima indireta, ampliando a compreensão da vitimização. Assim, “o termo ‘vítima’ inclui também, conforme o caso, a família próxima ou as pessoas a cargo da vítima direta e as pessoas que tenham sofrido um prejuízo ao intervirem

para prestar assistência às vítimas em situação de carência ou para impedir a vitimização.”

Quando se analisa a mortalidade por violências, é fundamental pensar nas interseccionalidades. Assim, há indivíduos que em função da sobreposição de marcadores, como classe social, cor da pele, religião, deficiências, gênero e orientação sexual, são mais vulneráveis à vitimização por violência. São inúmeros os trabalhos que apontam os jovens negros e pobres como as principais vítimas da violência letal no Brasil (MALTA *et al*., 2017; REICHENHEIM *et al*., 2011; SOARES FILHO, 2011).

Interseccionalidade

O termo foi cunhado pela primeira vez, em 1991, por Kimberlé Crenshaw em um estudo com mulheres negras pertencentes às classes desfavorecidas, nos Estados Unidos. O termo, também denominado interconectividade ou identidades multiplicativas, comporta a ideia de que as diversas estruturas de poder interagem nas vidas de pessoas e grupos minoritários. Interseccionalidade é a consequência de diferentes formas de dominação ou de discriminação. São formas de capturar as consequências da interação entre duas ou mais subordinações: sexismo, racismo e patriarcalismo. Portanto, é necessário estudar classe, gênero, raça e sexualidade juntos, conforme recomenda Adriana Piscitelli (2008, 2012), porque eles se conectam e atuam juntos.

Isso fica claro quando se analisam os dados de mortalidade por homicídio ao longo do tempo. Ao tomar como exemplo o ano de 2017, observa-se que 92% das 65.602 pessoas que foram assassinadas no Brasil eram do sexo masculino (Figura 1), 75,5% de cor preta ou parda (Figura 2). Os homens brasileiros têm uma probabilidade 9,2

vezes maior de morrer por homicídio do que as mulheres (MALTA *et al.*, 2017).

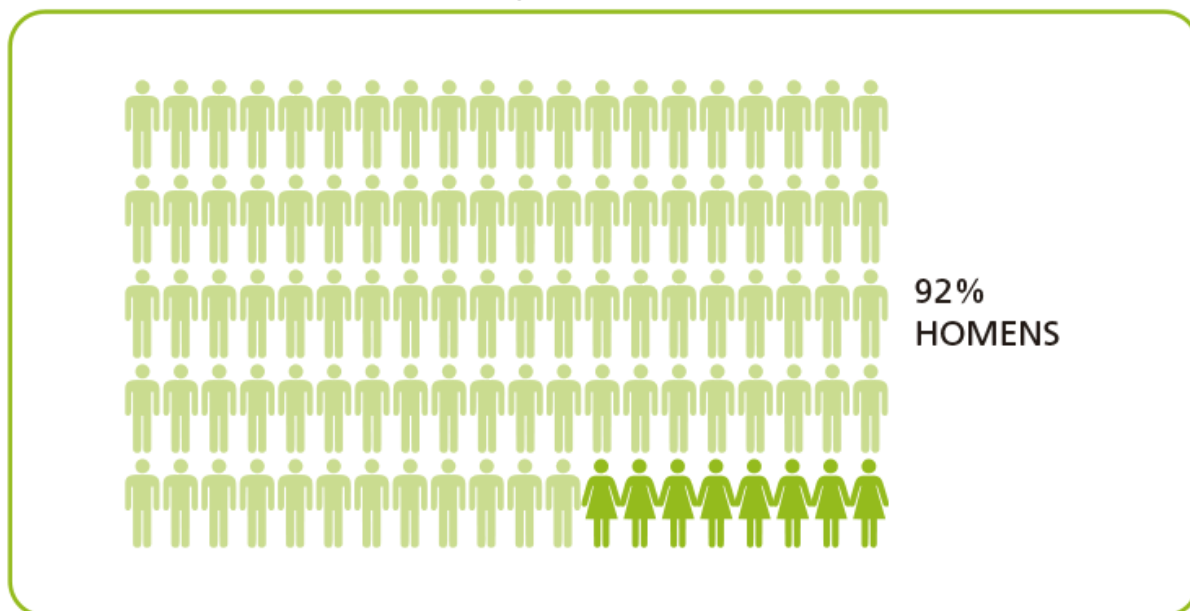
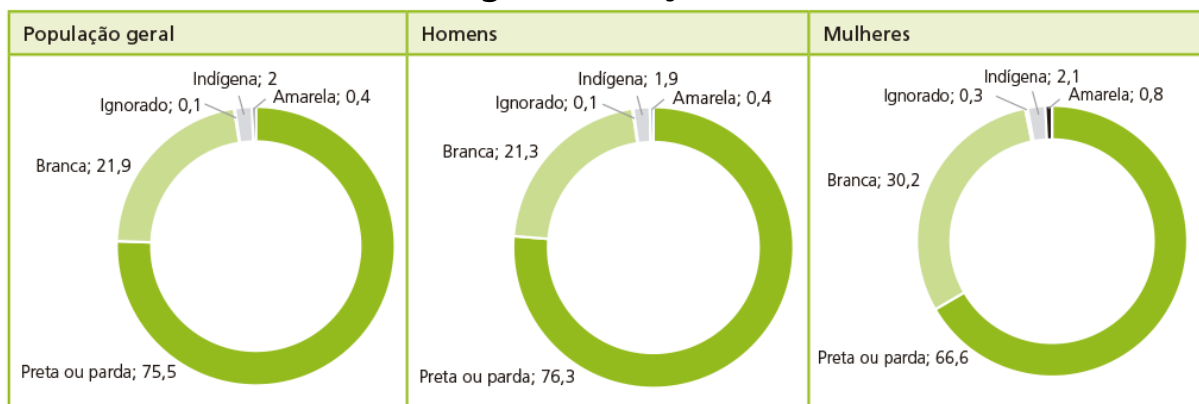
Figura 1 – Distribuição percentual dos óbitos por homicídio*, segundo sexo (N=65.502)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (DATASUS, 2017).
* Inclui mortes por agressões (N=63.748) e intervenções legais (N=1.854)

Figura 2 – Distribuição percentual dos óbitos por homicídio*, segundo raça/cor (N=65.502)

Fonte: Sistema de Informação sobre Mortalidade (DATASUS, 2017).
* Inclui mortes por agressões (N=63.748) e intervenções legais (N=1.854).

A sobremortalidade masculina por homicídios é um fenômeno mundial. Estudo sobre homicídios que analisou dados de 193 países, publicado em 2014 pelo United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC) mostrou que os percentuais de morte masculinas variaram de 71% (Ásia) a 88% (Américas) entre as regiões do mundo.

Os homens também foram os principais perpetradores, totalizando cerca de 95% no nível global. Contudo, quando consideramos os homicídios no contexto das relações entre parceiros íntimos, as mulheres constituem dois terços das vítimas. Estima-se que quase 47% das mulheres assassinadas, em 2012, foram mortas por seus parceiros ou membros de suas famílias (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

A juventude tem sido fortemente vitimizada pelos homicídios, que constitui a principal causa de morte entre os jovens brasileiros. Em 2017, o grupo de 15 a 29 anos foi o mais acometido (53,8%), seguido pelos indivíduos de 30 a 39 anos (22,5%). Segundo relatório do UNODC, no mundo, 35% das vítimas são homens de 15 a 29 anos. Os homens

das outras faixas etárias totalizaram 44% dos óbitos. As mulheres na faixa de 15 a 29 anos representaram 8% contra 13% daquelas em outras faixas. Nas Américas do Sul e Central, as taxas de homicídio de homens de 15 a 29 anos são quase quatro vezes a média global para esse grupo etário (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

Outro marcador importante é a condição socioeconômica. Diversos estudos mostram uma nítida concentração de homicídios em regiões com desvantagens socioeconômicas, com grande percentual de jovens, negros, famílias monoparentais e alto percentual de crianças, cuja média de renda dos chefes de domicílios é baixa e onde a precariedade das condições de vida é tida como fator de grande influência no advento da criminalidade (BEATO FILHO; REIS, 1999; CANO; SANTOS, 2001; COHEN *et al*., 1998; KUBRIN, 2003; LIMA, 2000; SILVA, 2006; TOUSSAINT, 2002).

Em 2017, a taxa de homicídio de negros foi 2,7 vezes superior a de não negros. No período compreendido entre 2007 e 2017, houve crescimento dessa taxa em 33,1% e entre os não negros houve um acréscimo de 3,3%. Em 2017, 66% de todas as mulheres assassinadas no país eram negras, evidenciando, assim, a sobremortalidade da população negra brasileira quando comparada à população branca (CERQUEIRA *et al*., 2019).

Em termos individuais gerais, as características sociais e demográficas das vítimas são muito semelhantes às dos agressores. Os homicídios envolvem pessoas cujas relações sociais são próximas (parentes e amigos), pertencem ao mesmo grupo social, e exercem ocupações manuais que requerem baixa qualificação. Observa-se forte relação entre a ocorrência de homicídios e o consumo de álcool e outras drogas.

Os dados sobre o perfil das vítimas deixam claras as subordinações e interações de gênero, raça e classe social

que têm vitimizado, preferencialmente, as pessoas que agregam os marcadores sociais da pobreza, da juventude, da negritude e do machismo.

Para refletir

Esse perfil de vítimas de homicídios reflete a realidade do seu município?
Como tem sido tratada essa problemática no seu município? Há alguma ação no sentido de prevenir essas mortes e de apoio às vítimas indiretas?

6.5 As vítimas indiretas dos homicídios

A literatura apresenta estimativa de que para cada vítima direta de homicídio há em torno de sete a dez familiares afetados indiretamente, sem considerar amigos, vizinhos e colegas de trabalho (COSTA; NJAINE; SCHENKER, 2017). Também é importante mencionar que um homicídio produz vítimas indiretas, tanto relacionadas àquela pessoa que perdeu a vida como àquela que agrediu e matou.

Frequentemente, os estudos destacam as várias consequências da violência letal para a saúde física e mental das vítimas indiretas. Transtornos mentais como ansiedade, depressão, além de insônia e sentimento de insegurança e o transtorno do estresse pós-traumático têm sido diagnosticados em pessoas que perderam de forma violenta algum parente. Doenças crônicas como hipertensão, diabetes e mesmo câncer tendem a surgir ou a agravar após a vivência do evento traumático violento (SOUZA *et al*., 2017). Crianças e adolescentes que presenciam o assassinato da mãe também são consideradas vítimas indiretas do feminicídio. Do ponto de vista psicológico, ao vivenciar esse episódio violento, o filho pode apresentar

sintomas como *flashbacks* do evento traumático, pesadelos, constante estado de alerta, sentimentos de raiva, medo e impotência. O evento também pode desencadear o transtorno de estresse pós-traumático.

A morte violenta também afeta outros aspectos da vida das vítimas indiretas, como observado por Souza *et al*. (2016) ao estudar o homicídio de jovens em dez cidades do Brasil. Entre os achados da pesquisa ressalta-se que as relações sociais das vítimas indiretas ficam comprometidas, seja pelos deslocamentos devido ao medo de que o mesmo ocorra com outro membro da família ou para fugir do criminoso, como pelo isolamento a que ficam submetidas na própria comunidade onde residem e, às vezes, na família ampliada, que pode associar o homicídio ao fato do parente estar envolvido com a criminalidade. O desamparo social foi outra condição muito frequente entre os parentes de jovens assassinados, sobretudo pela falta de informação junto às autoridades sobre o episódio e o andamento do processo, mas também pela falta de apoio das principais instituições que poderiam fornecer algum amparo, como é o caso dos serviços de saúde e os de assistência social (COSTA, 2015).

Em meio a todas essas dificuldades, não faltam os problemas econômicos agravados pela perda do provedor morto e pela perda de emprego, por ter de se ausentar do trabalho para cumprir uma longa peregrinação nas instituições de segurança e de justiça, caso decida lutar por direitos e reparação.

Relato de caso: o impacto da perda por homicídio na vida das famílias

Carlos foi assassinado aos 20 anos de idade, no ano de 2011, em circunstâncias pouco esclarecidas. Segundo informações da polícia, ele foi morto pelo ex-companheiro de sua namorada, a mando dela.

Ele teve os braços e as pernas quebrados e recebeu diversos tiros. Chegou com vida ao hospital e teve

tempo de relatar para a polícia o que tinha acontecido e quem eram os envolvidos. Acabou morrendo algumas horas depois.

Dona Lourdes, sua mãe, não sabia, mas o jovem já tinha recebido ameaças e estava muito assustado. A família chegou a se organizar para conseguir dinheiro, a fim de que Carlos saísse da cidade. Pela fragilidade do estado de saúde de Dona Lourdes, ela foi poupada de informações sobre a investigação do caso. Dona Lourdes acredita que o futuro seria muito bom, pois Carlos era um rapaz interessado e não era de briga. A notícia da morte do jovem foi totalmente inesperada para ela, levando-a a um profundo sofrimento. Não se conformou com a perda e queria esclarecer de fato a causa da morte.

Dona Lourdes desenvolveu uma depressão profunda, precisou deixar o emprego e tentou se matar várias vezes. Passou a fazer uso de antidepressivos e apresentou uma perda acentuada de peso. O seu quadro cardíaco, que já era delicado, agravou-se e ela precisou fazer uma cirurgia. Também descobriu que ela e o marido estavam com câncer. As irmãs do jovem, todas com filhos pequenos, ficaram abaladas. Dona Lourdes buscou ajuda principalmente no Caps, onde iniciou tratamento devido ao seu quadro emocional. Também buscou forças na religião para superar a depressão. Não há relatos de comportamentos transgressores, mas sim, de um jovem introspectivo, sem amigos e superprotegido pela mãe, com quem mantinha uma intensa relação de dependência afetiva. A morte, totalmente imprevista, deixou a mãe perdida e sem referências.

6.6 Motivações dos homicídios

Do ponto de vista da sociologia, os crimes são ações sociais, condutas humanas para as quais os sujeitos da ação atribuem um sentido, uma motivação, no sentido weberiano. Portanto, o homicídio, enquanto o ápice da agressividade humana, também é uma ação social (SILVA, 2006).

Os cientistas sociais estudiosos do homicídio ressaltam que não há um, mas vários tipos de homicídio, sendo preciso tipificá-los, a fim de viabilizar políticas públicas mais condizentes ao combate de tais crimes. Ainda de acordo com Silva (2006), de modo geral, os estudos sociológicos buscam classificar os homicídios relacionando-os aos fatores estruturais (contexto em que ocorrem), e aos fatores individuais (perfil sociodemográfico dos agressores e das vítimas, sobretudo as relações sociais existentes entre eles).

Williams *et al*. (*apud* SILVA, 2006), por exemplo, classificaram os homicídios a partir da relação entre vítima e agressor e dos conflitos que os desencadearam. Encontraram que mais da metade dos homicídios entre familiares e entre conhecidos foram motivados por conflitos interpessoais cotidianos, enquanto a maioria dos homicídios entre estranhos tiveram outras motivações e ocorreram em circunstâncias diferentes.

Os estudos que classificam os homicídios a partir dos contextos em que eles acontecem convergem para questões de drogas, além de conflitos amorosos e os provocados por discussões corriqueiras. Mostram ainda que vítimas e agressores apresentam relações sociais de parentesco e amizade.

O UNODC (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014) classifica as mortes violentas intencionais em três grupos: atividades criminais, interpessoais e agendas sociopolíticas, e considera que as circunstâncias, motivações e relações que levam aos homicídios são múltiplas e com frequência se sobrepõem.

A seguir destacam-se três tipos de crime violento que atuam de forma interseccional e foram aqui agregados

segundo as suas principais motivações: (1) homicídio motivado por questões de gênero e orientação sexual; (2) homicídio motivado por questões de raça/etnia; (3) homicídio motivado pela criminalidade comum e pelo narcotráfico.

6.6.1 Homicídio motivado por questões de gênero e orientação sexual

Estima-se que, anualmente, cerca de 66 mil mulheres morrem por homicídio no mundo e essas mortes representam aproximadamente 17% do total desses eventos (NOVAK, 2012). O homicídio de mulheres é crescente no Brasil, e o país figura como o quinto em número de feminicídios no mundo (MALTA *et al*., 2017; SILVA *et al*., 2013).

Em 2017, registrou-se 4.936 homicídios de mulheres no Brasil, o que resultou em uma taxa de 4,7 óbitos/100.000 habitantes do sexo feminino, com destaque para os estados de Roraima (10,6 óbitos/100 mil habitantes), Rio Grande do Norte e Acre (8,3 óbitos por 100 mil) como aqueles que apresentaram as taxas mais elevadas para o ano analisado (CERQUEIRA *et al*., 2019).

O homicídio de mulheres representa, com frequência, o ápice de uma longa história de violência. Ele é o extremo de um contínuo de uma vasta gama de abusos verbais e físicos cometidos contra as mulheres (RUSSEL; CAPUTTI, 1992). Segundo Pasinato (2011), a violência contra as mulheres é universal e estrutural e fundamenta-se no sistema de dominação patriarcal presente em praticamente todas as sociedades do mundo ocidental. Esses assassinatos são motivados pelo ódio, desprezo, prazer ou senso de propriedade das mulheres (CORRADI *et al*., 2016) e ocorre em sociedades patriarcais, caracterizadas pela dominação da mulher pelo homem, por meio da construção social e

política da masculinidade como ativa, agressiva e da feminilidade como receptiva e passiva.

Com relação à população LGBT os dados são escassos, porque os sistemas nacionais de informação, da saúde e da justiça, ainda não dispõem de campos para registro quanto à sua identidade de gênero e orientação sexual. O que se sabe provém de esforços pontuais para registrar as violências contra esse grupo por algumas organizações não governamentais e de iniciativas governamentais da saúde, como o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan), e da Polícia Civil que, em alguns estados, já inseriu o nome social em seus formulários.

Para saber mais sobre identidade de gênero, orientação sexual e heteronormatividade, consulte o Capítulo 9.

Em relação a esse grupo há muito preconceito e isso com frequência é motivação para o assassinato dessas pessoas. Tais preconceitos e discriminações podem desencadear agressões que são comumente denominadas homofobia ou LGBTfobia.

Dados do relatório do Grupo Gay da Bahia (GGB), no ano de 2017, mostram que 445 pessoas LGBT+ (lésbicas, gays, bissexuais e transexuais) morreram no Brasil, o que representou um aumento de 30% em relação a 2016, quando se registraram 343 mortes (Gráfico 6). Verificou-se que 30,8% envolveram o uso de armas de fogo. O detalhamento das características das vítimas pode ser observado nos Gráficos 6 a 9.

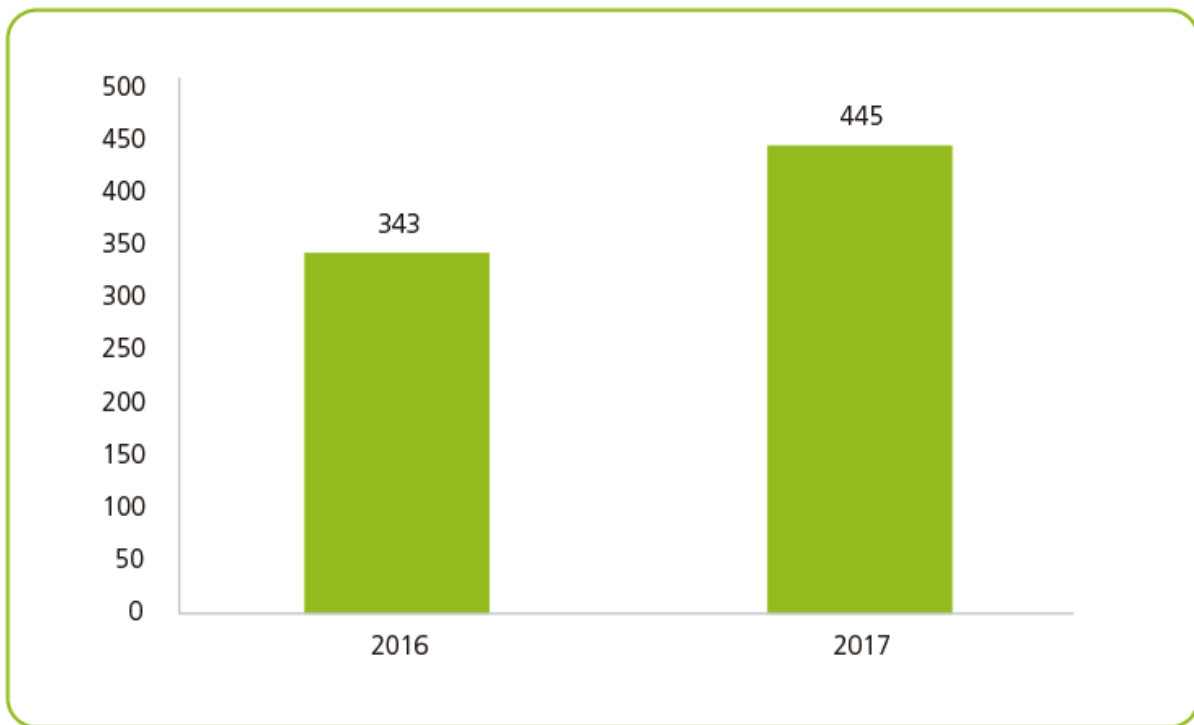
Gráfico 6 – Homicídios LGBT+ (2016-2017)

Fonte: Relatório do Grupo Gay da Bahia ([2018]).

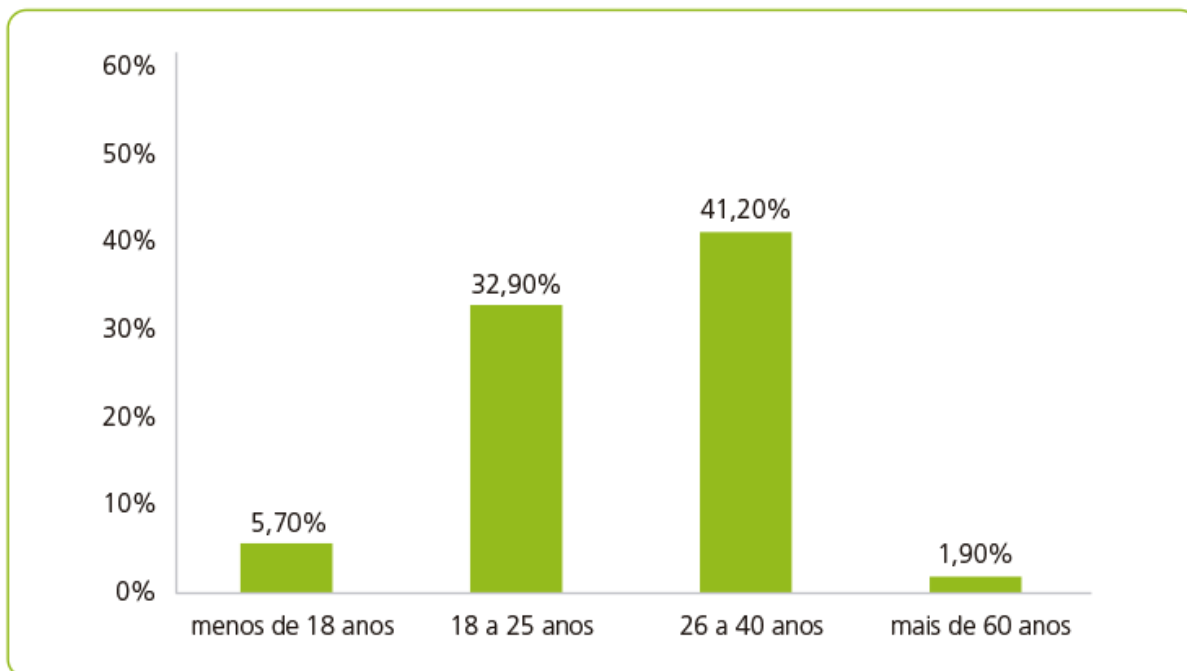
Gráfico 7 – Faixa etária das vítimas LGBT+ de homicídio no Brasil (2017)

Fonte: Relatório do Grupo Gay da Bahia ([2018]).

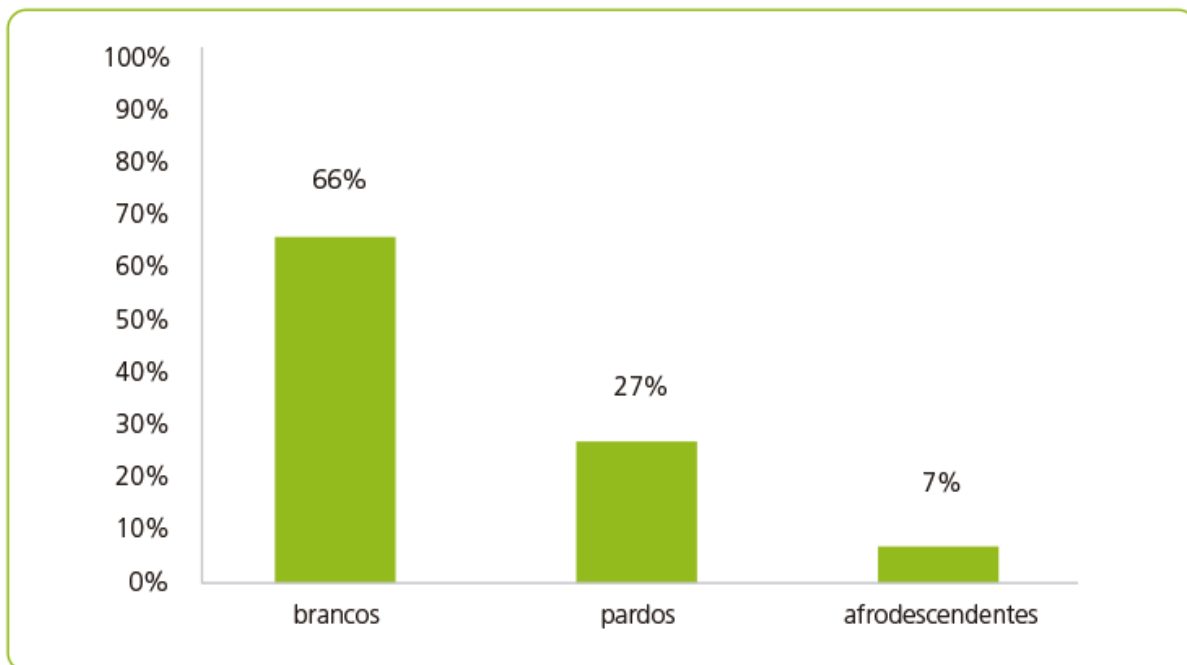
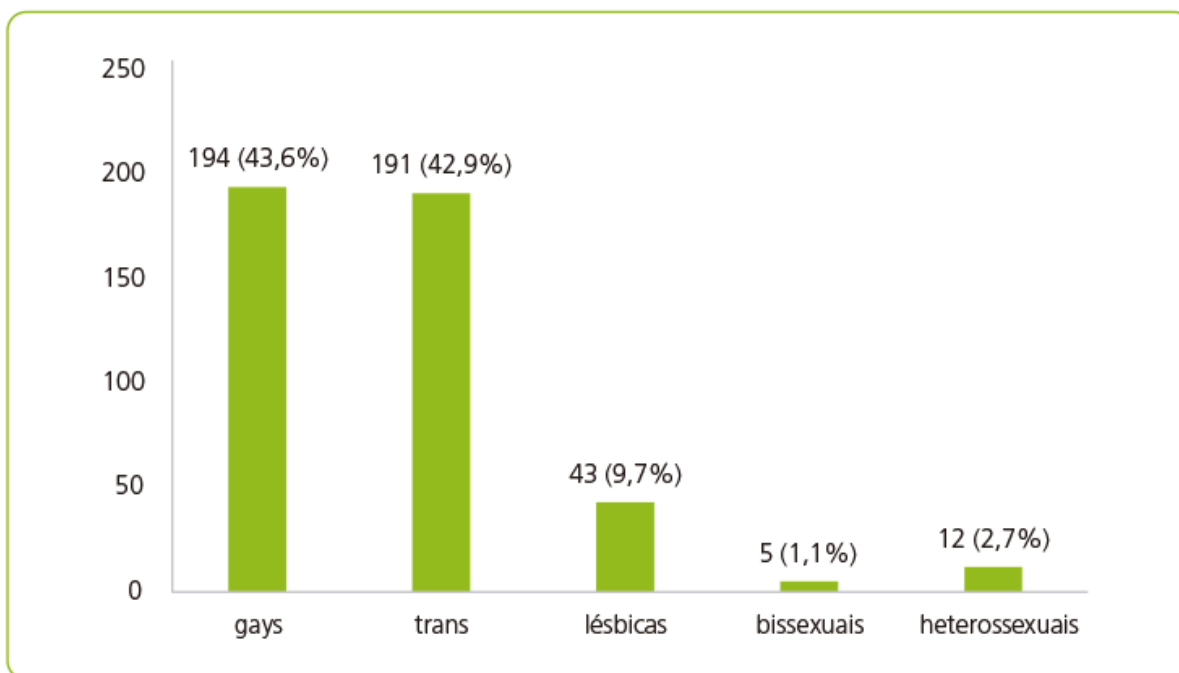
Gráfico 8 – Características raciais das vítimas LGBT+ de homicídio no Brasil (2017)

Fonte: Relatório do Grupo Gay da Bahia ([2018]).

Gráfico 9 – Distribuição de óbitos no Brasil em relação ao segmento LGBT (2017)

Fonte: Relatório do Grupo Gay da Bahia ([2018]).

Quanto à faixa etária das vítimas, 32,9% tinham entre 18 e 25 anos, 41,2% entre 26 e 40. Em 1,9% dos casos, a vítima tinha mais de 60 anos e, em 5,7%, menos de 18 anos (Gráfico 7).

Os indivíduos de cor da pele branca predominaram entre as vítimas (66%), seguidos de pardos (27%) e pretos (7%) (Gráfico 8).

Em relação ao segmento LGBT, os óbitos foram assim distribuídos: 194 eram *gays* (43,6%), 191 *trans* (42,9%), 43 lésbicas (9,7%), cinco bissexuais (1,1%) e 12 heterossexuais (2,7%) (Gráfico 9). Esse último segmento foi incluído no relatório pelo fato dessas mortes terem sido causadas pelo envolvimento com o universo LGBT. Observou-se que 37% das mortes ocorreram dentro da própria residência, 56% em vias públicas e 6% em estabelecimentos privados. Os dados compilados pelo GGB se baseiam em notícias publicadas na

mídia, internet e informações pessoais (GRUPO GAY DO BRASIL, [2018]).

6.6.2 Homicídio motivado por questões de raça/etnia

Conforme mostrado anteriormente, no item relativo ao perfil das vítimas, as pessoas jovens e não brancas são as principais vítimas da violência homicida. O racismo, historicamente, tem determinado um pior posicionamento socioeconômico desse grupo populacional, por políticas e práticas discriminatórias, no que diz respeito ao acesso à educação e ao mercado de trabalho. Além disso, a reprodução de estereótipos que estigmatizam as pessoas negras como indivíduos perigosos ou criminosos os tornam ainda mais vulneráveis à vitimização (CERQUEIRA; COELHO, 2017).

Oliveira, Torres e Torres (2018) relatam a instalação da Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Senado, em 2015, sobre o assassinato de jovens, na qual foram realizadas 29 audiências públicas em vários estados brasileiros, e coletados dados nas Secretarias de Segurança Pública Estaduais. Os dados apurados mostraram que o homicídio continua sendo a principal causa de morte de jovens negros, pobres e moradores da periferia no país. A CPI concluiu que há um “genocídio simbólico” contra jovens negros no Brasil e denunciou a escassez de serviços públicos básicos nas localidades onde a maior parte da população é negra e pobre. Além disso, outro tema de destaque foi a desigualdade entre brancos e negros na abordagem praticada pelas polícias.

A associação entre racismo e homicídio ocorre também na atuação do Estado por meio da polícia, o que alguns autores denominam de “racismo institucional”, que reforça o preconceito de cor na sociedade. A polícia, que deveria

resguardar os direitos civis, a incolumidade física e de quem se esperaria isonomia no tratamento ao cidadão, não raras vezes realiza abordagens com uso excessivo da força e com tratamentos totalmente diferenciados em relação às pessoas negras (CERQUEIRA; COELHO, 2017).

A análise dos boletins de ocorrência decorrentes de intervenções policiais que resultaram em mortes, nos anos de 2015 e 2016, mostrou que 99,3% das vítimas foram pessoas do sexo masculino, 81,8% tinham entre 12 e 29 anos e 76,2% eram negros (FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA, 2017). Assim, verifica-se que a desigualdade racial no Brasil se evidencia na violência letal e nas políticas de segurança, sendo os homens negros jovens muito mais vulneráveis à violência, à ação letal das polícias e ao encarceramento, uma vez que também predominam na população carcerária (CERQUEIRA *et al*., 2018).

Os indígenas constituem outro grupo étnico racial também acometido por essa forma de violência, mas cuja visibilidade é muito pequena. Entre 2003 e 2017, 1.119 indígenas foram assassinados no país. Dos 110 assassinatos ocorridos em 2017, 33 (30%) ocorreram no estado de Roraima. As principais motivações para esses crimes foram brigas e/ou uso de álcool e os conflitos fundiários (CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO, [2018]). Ao comparar a média de assassinatos do quadriênio 2003-2006 (180 óbitos) com o quadriênio 2014-2017 (503 óbitos), verifica-se um crescimento de 279%. Importa frisar que no Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena (Siasi) não são registrados dados sobre faixa etária, o povo, nem sobre as circunstâncias desses homicídios.

Dados oriundos do Sistema de Informações sobre Mortalidade, para o ano de 2017, indicam que aconteceram 709 mortes de indígenas por causas externas, sendo 247 por agressão. Dessas, 206 eram do sexo masculino e 39 do sexo feminino e duas teve o sexo informado como ignorado;

46,5% se encontravam na faixa dos 20 aos 39 anos. O sistema de informação não dispõe de dados sobre a motivação das mortes.

6.6.3 Homicídio motivado pela criminalidade comum e pelo narcotráfico

As taxas de homicídio relacionadas a atividades criminais variam bastante no mundo, e se destacam pelos elevados valores as regiões das América Central e do Sul. Estima-se que 30% dos homicídios nas Américas sejam em virtude da ação do crime organizado. Essas mortes, portanto, caracterizam-se como uma violência essencialmente urbana.

É comum o aumento do risco de mortes por homicídio em zonas de conflitos armados, rivalidade e disputa do tráfico de drogas no Brasil (MALTA *et al.*, 2017). Misse (2010) considera que a associação entre o varejo dessa atividade ilegal e a violência no Brasil resulta da defesa do território onde esse comércio ocorre, contra "inimigos" que ameaçam os lucros, ou seja, outros grupos criminosos e a polícia, ou mesmo entre grupos de traficantes. Nesses territórios, defendidos a "ferro e fogo", o baixo poder aquisitivo das pessoas que neles vivem as torna vulneráveis a um sistema de consignação de vendas das drogas em que a dívida é paga com a vida.

Não se pode esquecer que mais recentemente o controle desses territórios foi ampliado para outras atividades legais, como a venda de proteção, de gás, de acesso à internet e a ocupação de imóveis, dentre outras, que passaram a ser taxadas pela milícia – grupos formados por militares ou ex-militares, em alguns casos associados a traficantes e outros criminosos locais, não raro com a conivência e/ou apoio de autoridades legais.

Segundo Zaluar e Conceição (2007)

a palavra *militia* tem raízes latinas que significam “soldado” (*miles*) e “estado, condição ou atividade (*itia*)” e que, juntas, sugerem o serviço militar. Mas milícia é comumente usada para designar uma força militar composta de cidadãos ou civis que pegam em armas para garantir sua defesa, o cumprimento da lei e o serviço paramilitar em situações de emergência, sem que os integrantes recebam salário ou cumpram função especificada em normas institucionais. Atualmente, no Brasil, o termo milícia refere-se a policiais e ex-policiais (principalmente militares), uns poucos bombeiros e uns poucos agentes penitenciários, todos com treinamento militar e pertencentes a instituições do Estado, que tomam para si a função de proteger e dar “segurança” em vizinhanças supostamente ameaçadas por traficantes predadores.

O Fórum Brasileiro de Segurança Pública (2017) divulgou um balanço dos conflitos urbanos entre policiais e traficantes no 12º Anuário Brasileiro de Segurança Pública. Contabilizou o total de 5.144 pessoas mortas em intervenções ditas “legais” de policiais civis e militares em folga ou em serviço, no ano de 2017 (aumento de 20,5% em relação a 2016), o que representa 14 pessoas mortas por policiais por dia. Do outro lado, 367 policiais civis e militares foram vítimas de homicídio em 2017, contra 386 em 2016 (redução de 4,9%). O estado do Rio de Janeiro foi recordista em mortos pela polícia, com taxa de 6,7 por 100 mil habitantes, seguido pelo Amapá, com 6,6; depois Acre e Pará, com taxa de 4,6 cada. O Amapá reduziu em 11% sua letalidade policial, enquanto o Rio Grande do Norte a aumentou em 111%, situando-se em segundo lugar com a taxa de quatro mortes por 100 mil habitantes.

Contudo, é preciso salientar que muitos dos homicídios ocorrem por motivos como brigas entre conhecidos (vizinhos, colegas), razão pela qual costumam acontecer nas proximidades das residências; mas também entre desconhecidos, cometidos em estabelecimentos comerciais, como bares. Também são frequentes os casos de crimes passionais, nos quais os companheiros ou ex-companheiros matam a mulher e, às vezes, também o novo companheiro

dela. A violência entre parceiros íntimos ou relacionada a membros da família ocorre em todos os países independente de seu nível de desenvolvimento. Essa violência totalizou 14% de todos os homicídios ocorridos no mundo em 2012 (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014). Ela afeta desproporcionalmente as mulheres, evidenciando que estão sendo mortas por aqueles que delas deveriam cuidar.

6.7 Armas de fogo, principal meio usado nos homicídios

Em virtude de seus altos níveis de letalidade, as armas de fogo são responsáveis por quatro em cada dez homicídios no mundo (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014), tendo importância na ocorrência dos homicídios sobretudo na região das Américas. Segundo Relatório das Nações Unidas (2012), na América Latina e Caribe as armas foram empregadas em 75% das mortes por homicídio (MALTA *et al*., 2017). Estudo mais recente indicou que 251 mil pessoas morreram por lesões provocadas por armas de fogo em 2016, e seis países se destacaram nesta estatística: Brasil, Estados Unidos, México, Colômbia, Venezuela e Guatemala, perfazendo 50,5% dessas mortes. A maioria delas (64%) por homicídio (GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2016 INJURY COLLABORATORS, 2018).

Entre as apreensões de armas em 45 países nas diferentes regiões do mundo, 53% foram de revólveres e pistolas. No Brasil, em 2011, foram 39.467 armas apreendidas e, em 2013, apenas 13.049, sendo que os principais tipos foram revólveres (cerca de 60%), pistolas (aproximadamente 24%) e espingardas (em torno de 10%). As maiores apreensões de armas de mão/curtas (mais de 10 mil ao ano) foram registradas na Argentina, Brasil, Colômbia, El Salvador, Guatemala e México, o que pode ser indicativo da aquisição de grandes quantidades de armas para proteção pessoal e

para a violência criminal. Na Finlândia, por exemplo, a maior parte das apreensões foi de espingardas e rifles não automáticos, tipos comumente utilizados com a finalidade de caça e recreacional (UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME, 2014).

Os dados fornecidos pelo Brasil mostraram ainda que 82% das armas apreendidas no ano de 2013 tinham sido registradas no país, o que sugere que elas eram domésticas e não fruto de tráfico internacional de armas. Esse resultado pode ser fruto de dois cenários: ou as armas foram produzidas no Brasil; ou elas foram registradas por último no país.

As informações oriundas do SIM mostram que, entre 2008 e 2017, ocorreram 561.856 homicídios no Brasil, sendo que, em 71,7% deles (402.832 homicídios), foram empregadas armas de fogo. Entre os homens, o percentual de óbitos por homicídio por arma de fogo foi de 73,7%, e entre as mulheres esse percentual atingiu cerca de 50% dos óbitos.

Para alguns autores, a maior disponibilidade de armas de fogo estaria relacionada à maior ocorrência de crimes. Alguns dos argumentos utilizados são de que os indivíduos que possuem uma arma seriam encorajados a dar respostas violentas em conflitos interpessoais; a arma de fogo permitiria ao seu possuidor maior poder de coação; o aumento da facilidade de aquisição do armamento diminui seu custo no mercado ilegal (CERQUEIRA, 2012).

O estudo The Global Burden of Disease de 2016 (GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2016 INJURY COLLABORATORS, 2018) mostrou que os padrões observados na mortalidade por arma de fogo no Brasil reforçam a ligação entre medidas regulatórias de restrição do acesso às armas de fogo e subsequente redução das mortes por elas provocadas. Segundo os autores, os dados corroboram a hipótese de que os diferentes níveis de violência observados entre os países refletem as diferenças na disponibilidade de armas e do nível de controle delas.

Para Cerqueira *et al*. (2018), o Estatuto do Desarmamento (ED) produziu efeitos significativos uma vez que reduziu a difusão de armas de fogo no país e, como consequência, a taxa de homicídios. No entanto, o autor aponta que esse efeito não se deu de forma homogênea no país e, assim, os estados que conseguiram reduzir a difusão das armas também apresentaram maior redução nos homicídios. Segundo ele, estes são elementos fundamentais para garantir que a segurança se baseie no desarmamento da população.

6.8 Consequências: custos para a saúde e outros setores da sociedade

A violência gera inúmeros prejuízos individuais e sociais. Afeta a vida e a saúde física e mental de suas vítimas diretas e indiretas. No tocante às suas consequências econômicas, gera desde atraso no crescimento das regiões por ela atingidas, perda da produtividade, aumento dos gastos dos sistemas de saúde e de justiça, entre outros.

Cerqueira e Moura (2014) indicam que, além das perdas em termos de sofrimento, dor e desestruturação familiar, os homicídios reduzem a expectativa de vida. Segundo esses autores, a vitimização violenta (que inclui acidentes e homicídios) custa ao país cerca de R$ 79 bilhões a cada ano, o que corresponde 1,5% do PIB nacional.

Estudo sobre os anos de vida perdidos por morte ou incapacidade (DALYs) por violências interpessoais e autoprovocadas, para os anos de 1990 e 2015, no Brasil e Unidades da Federação, aponta que predominaram as agressões por arma de fogo, seguidas de acidentes de transporte e, em sexto lugar, lesões autoprovocadas (MALTA *et al*., 2017).

6.9 Políticas de prevenção dos homicídios: avanços e retrocessos

A complexidade das questões sociais que envolvem a violência em geral e aquela que retira o direito à vida, em particular, requer olhares e abordagens distintas, que agreguem saberes e práticas advindos das mais variadas áreas para a construção integrada de soluções. Nesse sentido, implementar estratégias exclusivas de prevenção aos homicídios é uma tarefa desafiadora, pois a ampla gama de violências e fatores de risco que levam ao homicídio (violência comunitária, violência juvenil, gangues, terrorismo etc.) dificulta a delimitação das ações. Isso se reflete até mesmo na publicação da OMS sobre violência, que, somente em 2014, lançou um relatório com análises sobre prevenção dos homicídios (ASSIS, 2018). Portanto, pensar a prevenção dos homicídios convoca a sociedade para ações complexas e intersetoriais.

A prevenção dos homicídios deve considerar diversos fatores diretamente associados à sua ocorrência. Estudos mostram que níveis mais elevados de escolaridade e renda, menores níveis de desigualdade social e políticas públicas que estimulem o protagonismo juvenil e a redução do número de armas de fogo em circulação podem atuar como fatores protetores para os homicídios (STEEVES; PETTERINI; MOURA, 2015; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2015).

Na área da saúde, é mister citar a Política Nacional de Prevenção da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, criada em 2001 pelo Ministério da Saúde, e todas as iniciativas que a partir dela foram implementadas. Desde a promoção de ambientes seguros e saudáveis, passando pela vigilância dos eventos violentos até as estratégias de atenção às pessoas em situação de violência, a política gerou frutos em seus 18 anos de existência. Citam-se alguns deles como a Rede Nacional de Prevenção da Violência e

Promoção da Saúde e os Núcleos de Prevenção de Violências e Promoção da Saúde em estados e municípios, que foram apoiados pelo Ministério da Saúde de 2006 a 2012; a estruturação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) que permitiu conhecer a magnitude da violência que chega aos atendimentos pré-hospitalares e, a partir daí, propor ações de prevenção e promoção da saúde articulando a vigilância à rede de atenção e proteção; o investimento na melhoria da informação, seja em relação às internações hospitalares qualificando o diagnóstico primário e secundário, que ajuda a identificar a causa externa que provocou a lesão, seja em relação à mortalidade, com o trabalho junto aos Institutos Médico Legais, visando esclarecer a causa externa do óbito; organização dos serviços pré-hospitalares para atendimento com equipe interdisciplinar, articulada em rede, com outros serviços do setor e de outros setores; e os investimentos em capacitação profissional para qualificar a atenção e a gestão dos serviços no que diz respeito à atenção às vítimas, mas também para atuar na prevenção das violências (MINAYO *et al.*, 2018).

Uma estratégia importante na prevenção da violência é a implementação de políticas para a juventude, que reduzam a evasão escolar, promovam a formação para o mercado de trabalho e ofereçam oportunidades inclusivas gerando a redução das vulnerabilidades sociais. Algumas iniciativas como o Programa de Redução da Violência Letal contra Adolescentes e Jovens, coordenado pelo Observatório de Favelas, foram realizadas em conjunto com a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Criança e do Adolescente e o Fundo das Nações Unidas para a Infância, em parceria com o Laboratório de Análise da Violência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Atuando em 11 regiões metropolitanas brasileiras – Rio de Janeiro, São Paulo, Belo Horizonte, Vitória, Recife, Salvador, Maceió, Belém, Região Integrada de Desenvolvimento (Ride-DF), Curitiba e Porto Alegre –, esse programa se baseia em três

eixos estruturantes: articulação política, produção de indicadores e metodologias de intervenção. Seu trabalho prima pela construção de uma agenda de superação das desigualdades sociais; atuação em áreas com maior vulnerabilidade dos adolescentes à violência; focalizando o município como promotor de direitos; pela criação de instrumentos de monitoramento dos homicídios; pelo fortalecimento do intercâmbio entre experiências preventivas e a valorização do protagonismo de adolescentes e jovens na formulação de políticas públicas (WILLADINO *et al*., 2011).

Em 2003, foi criada a Secretaria de Políticas para as Mulheres, vinculada à Presidência da República. A partir daí, as políticas públicas de enfrentamento à violência contra as mulheres foram ampliadas com a constituição da rede de atendimento às mulheres em situação de violência. Isso representou um marco na atuação governamental que contemplou diversas ações como apoio a serviços especializados; capacitação de profissionais para atuar na prevenção e na atenção, seguindo normas e padrões de atendimento; aperfeiçoamento da legislação que contempla as mulheres; incentivo à formação de redes de serviços; apoio a projetos educativos e culturais de prevenção à violência; e ampliação do acesso das mulheres à justiça e aos serviços de segurança pública (BRASIL, 2011). No entanto, alguns retrocessos nessa área já são sentidos, como a precariedade da rede de apoio às vítimas com fechamento de 23 casas que recebiam mulheres e crianças em situação de violência, devido ao corte de gastos nos últimos anos, e problemas de acesso à justiça enfrentados pelas mulheres, o que estimula o crescimento desse tipo de violência (HUMAN RIGHTS WATCH, 2019).

Em 2004, foi implementada no Brasil uma política de compra de armas, como uma das ações do Estatuto do Desarmamento (Lei n. 10.826/2003), que proibiu o porte de armas por civis, exceto para os casos onde haja necessidade

comprovada, e restringiu a possibilidade de compra, estabelecendo uma série de requisitos como idade mínima de 25 anos, declaração de efetiva necessidade, apresentação de certidões de idoneidade do comprador, entre outros. O objetivo era reduzir o número de armas de fogo em circulação no país e os altos índices de mortalidade por homicídios e acidentes provocados por elas. Alguns estudos mostram a eficácia dessas medidas pelos índices de homicídio que reduziram em todas as regiões (exceto na área Amazônica) e nos registros de hospitalizações por lesões provocadas por armas de fogo. Os declínios na mortalidade foram significativos e se mantiveram por mais de um ano (SOUZA *et al.*, 2007). A redução das taxas de crimes letais ocorreu mesmo considerando que as armas voluntariamente entregues por ocasião das campanhas de desarmamento pertenciam a cidadãos comuns e não foram entregues por criminosos atuantes (SANTOS; KASSOUF, 2012).

De forma surpreendente, o que poderia ser considerado um avanço na prevenção da violência armada e receber incentivos para sua ampliação foi desprezado pela população brasileira. Em 2005, por meio de um referendo, a sociedade rejeitou o artigo do estatuto que proibia a comercialização de armas de fogo e munição em território nacional. Essa reação popular abriu espaço para propostas de revogação do Estatuto do Desarmamento (RIBEIRO; SOUZA; SOUSA, 2017).

A discussão sobre a facilitação da posse de armas pela população voltou à tona com as propostas da campanha presidencial em 2018. Em 15 de janeiro de 2019, foi assinado o Decreto n. 9.685, que alterou o Decreto n. 5.123/2004, que regulamenta o Estatuto do Desarmamento. O referido decreto flexibiliza as regras para a posse de armas, permitida para: (1) agentes públicos, inclusive inativos; (2) militares ativos e inativos; (3) moradores de área rural; (4) residentes em áreas urbanas com elevados

índices de violência (estados com índices anuais de mais de dez homicídios por 100 mil habitantes, no ano de 2016); (5) titulares ou responsáveis legais de estabelecimentos comerciais ou industriais; e (6) colecionadores, atiradores e caçadores, devidamente registrados no Comando do Exército. Uma vez que o cidadão cumpra os requisitos exigidos, os quais se mantiveram inalterados (obrigatoriedade de curso para manejar a arma, ter ao menos 25 anos, ocupação lícita, não estar respondendo a inquérito policial ou processo criminal e não ter antecedentes criminais nas Justiças Federal, Estadual, Militar e Eleitoral), ele tem permissão para adquirir até quatro armas de fogo. O prazo de validade do registro, que era de cinco anos, passou para dez anos.

Em 2012, a Secretaria Nacional de Juventude e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial lançaram o Plano Juventude Viva. Esse plano integrou ações do governo federal com o objetivo de reduzir a vulnerabilidade de jovens negros a situações de violência a partir da criação de oportunidades de inclusão social e autonomia. Nesse sentido, focalizou a ampliação dos direitos da juventude, a desconstrução da cultura de violência, a transformação de territórios atingidos por altos índices de homicídios e o enfrentamento ao racismo institucional, com sensibilização de agentes públicos para o problema (SILVA; PEREIRA, 2017).

Em 2015, entrou em vigor a Lei n. 13.104, mais conhecida como Lei do Feminicídio, que alterou o artigo 121 do Código Penal, incluindo esse tipo de homicídio na lista de crimes hediondos (juntamente com latrocínio, estupro e genocídio), endurecendo as penas para quem o comete.

Ainda em 2015, foi definida a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável. Um acordo realizado por chefes de Estado e de governos membros da Organização das Nações Unidas, em que constam objetivos que incluem a prevenção da violência, além de um objetivo diretamente

relacionado à violência e à pacificação social que contempla o homicídio: o Objetivo 16, “Promover sociedades pacíficas e inclusivas para o desenvolvimento sustentável, proporcionar o acesso à justiça para todos e construir instituições eficazes, responsáveis e inclusivas em todos os níveis”. Dentre os indicadores globais para se atingir esse objetivo está a redução do número de vítimas de homicídio por 100 mil habitantes, por sexo e idade (CERQUEIRA *et al*., 2018). É importante destacar que ainda não foram produzidos relatórios que deem conta do desenvolvimento de ações brasileiras para responder a esse objetivo específico.

Para saber mais sobre a Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável e os demais objetivos que contemplam a prevenção da violência, acesse o site da Organização das Nações Unidas no Brasil: https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/

Mesmo com diversas frentes de ação para o enfrentamento desse grave problema brasileiro, muitos são os desafios para conciliar os anseios e crenças da sociedade para agir no sentido de ampliar direitos, garantir segurança e reduzir os índices de violência. Um desses desafios é enfrentar as pressões que visam ao rebaixamento da maioridade penal e garantir o cumprimento do Estatuto da Criança e do Adolescente. Esse é um tema recorrente, em especial quando se trata de crimes contra a vida cometidos por adolescentes. A redução da maioridade penal levaria ao aumento da população carcerária, o que facilitaria o recrutamento de jovens por facções criminosas que agem

dentro das prisões. Inserir mais jovens nos presídios seria negar-lhes a oportunidade de reinserção social, pois a experiência da prisão é considerada criminogênica e agrava a dessocialização (ODON, 2018).

6.10 Considerações finais

Lima (2000), inspirado em alguns dos principais sociólogos brasileiros, afirma que a criminalidade violenta brasileira, cujo símbolo icônico é o homicídio, não pode ser entendida como resultado de um único processo social identificado à permanência de hábitos culturais e cotidianos violentos ou à questão da miséria, da migração rural-urbana, das drogas ou ainda de aspectos econômicos e urbanos. Para ele, um dos principais problemas da nossa sociedade é a sua resistência ao modelo civilizatório. Desse modo, os conflitos sociais brasileiros são permeados por elevados níveis de violência. O processo civilizatório do país não formou instituições públicas capazes de garantir o monopólio legítimo da violência e a pacificação social. Assim, a violência criminal é extremamente reveladora da forma como a sociedade brasileira lida e soluciona seus conflitos. Essa violência estrutural, apresentada e discutida por Minayo, no Capítulo 1 deste livro, é um solo fértil que alimenta e permite a ocorrência de praticamente todas as outras formas de violência.

> O Brasil possui uma economia diversificada e moderna, mas suas instituições e tradições políticas e jurídicas são antigas (LIMA, 2000). O país modernizou-se na tradição e no atraso (ADORNO, 1996). E o atraso é um “instrumento de poder” que regula fortemente as ações da sociedade (MARTINS, 1994 *apud* LIMA, 2000).

A tradição e o atraso político e jurídico fazem com que o país apresente uma das piores distribuições de renda do mundo, com grandes desigualdades no acesso à saúde, à educação e à justiça. Segundo Lima (2000), o atual padrão da criminalidade urbana violenta também não pode desconsiderar os efeitos da globalização da economia, que envolve a rápida difusão e circulação dos produtos culturais e de consumo, com a permanência de práticas tradicionais de resolução de conflitos.

Este capítulo buscou mostrar a importância dos homicídios na sociedade brasileira, não somente por sua magnitude, mas também pela diversidade, complexidade e significados que essas mortes violentas assumem. Conclui-se este texto considerando inaceitável que mais de 60 mil pessoas sejam mortas anualmente e que o país assista indiferente ao extermínio da sua juventude. O paradigmático número de homicídios entre nós é mais elevado que o contabilizado em muitas guerras contemporâneas. As mortes por homicídio demonstram como a sociedade brasileira lida e resolve de forma violenta seus conflitos e quanto ainda falta para o país alcançar níveis mínimos de civilidade e cidadania.

6.11 Referências

ASSIS, S. G. *Violence prevention in the region of America*: trajectory and way forward. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2018.

ADORNO, S. *A gestão urbana do medo e da insegurança*: violência, crime e justiça penal na sociedade brasileira contemporânea. 1996. Tese (livre Docência) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, 1996.

ANDRADE, L. T.; DINIZ, A. M. A. A reorganização espacial dos homicídios no Brasil e a tese da interiorização. *Revista*

Brasileira de Estudos da População, Belo Horizonte, v. 30, p. S171-S191, 2013.

BEATO FILHO, C. C.; REIS, I. A. Desigualdade, desenvolvimento sócio-econômico e crime. *In*: SEMINÁRIO DESIGUALDADE E POBREZA NO BRASIL. *Anais do* [...]. Rio de Janeiro: Ipea, 1999. 1 CD-ROM.

BLAY, E. A. Violência contra a mulher e políticas públicas. *Estudos Avançados,* São Paulo, v. 17, n. 49, p. 87-98, 2003.

BRASIL. *Decreto-lei n. 2.848, de 7 de dezembro de 1940*. Código Penal. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Texto compilado e atualizado pela Lei n. 13.964, de 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del2848compilado.htm. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

CANO, I. *Letalidade da ação policial no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: ISER, 1997.

CANO, I.; SANTOS, N. *Violência letal, renda e desigualdade social no Brasil*. Rio de Janeiro: 7 Letras, 2001.

CASTRO, M. P. R. *et al*. Eutanásia e suicídio assistido em países ocidentais: revisão sistemática. *Revista Bioética*, Brasília, DF, v. 24, n. 2, p. 355-367, 2016.

CERQUEIRA, D. Mortes violentas não esclarecidas e impunidade no Rio de Janeiro. *Economia Aplicada*, Ribeirão Preto, v. 16, n. 2, p. 901-35, 2012.

CERQUEIRA, D.; COELHO, D. *Democracia racial e homicídios de jovens negros na cidade partida*. Brasília, DF: Ipea, 2017.

CERQUEIRA, D. *et al*. *Atlas da violência 2018*. Brasília, DF: Ipea: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2018. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_i

nstitucional/180604_atlas_da_violencia_2018.pdf. Acesso em: 6 jan. 2019.

CERQUEIRA, D. *et al*. Atlas da violência 2019. Brasília, DF: Ipea: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2019. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/relatorio_institucional/190605_atlas_da_violencia_2019.pdf. Acesso em: 10 jun. 2019.

CERQUEIRA, D.; MOURA, R.L. Custo da juventude perdida no Brasil. *In*: CORSEUIL, C. H.; BOTELHO, R. U. (org.). *Desafios à trajetória profissional dos jovens brasileiros*. Rio de Janeiro: Ipea, 2014. p. 291-316.

COHEN, J. *et al*. The role of drug markets and gangs in local homicide rates. *Homicide Studies*, [*s. l.*], v. 2, n. 3, p. 241-262, 1998.

CONSELHO INDIGENISTA MISSIONÁRIO. *Violência contra os povos indígenas no Brasil*: dados de 2017: relatório. [Brasília, DF]: Conselho Indigenista Missionário, [2018]. Disponível em: https://cimi.org.br/wp-content/uploads/2018/09/Relatorio-violencia-contra-povos-indigenas_2017-Cimi.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

CORRADI, C. *et al*. Theories of femicide and their significance for social research. *Current Sociology*, London, v. 64, n. 7, p. 975-95, 2016.

COSTA, D. H. *Um olhar sistêmico sobre famílias de jovens vítimas de homicídio*. 2015. Dissertação (Mestrado em Mestrado em Ciências) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2015.

COSTA, D. H.; NJAINE, K.; SCHENKER, M. Repercussões do homicídio em famílias das vítimas: uma revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 3087-3097, 2017.

DATASUS. *Informação de saúde (TABNET)*. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937. Acesso em: 29 maio 2020.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA. *Anuário brasileiro de segurança pública.* Ed. 11. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2017.

GAWRYSZEWSKI, V. P. *et al*. Homicídios na região das Américas: magnitude, distribuição e tendências, 1999-2009. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 17, n. 12, p. 3171-3182, 2012.

GLOBAL BURDEN OF DISEASE 2016 INJURY COLLABORATORS. Global mortality from firearms, 1990-2016. *JAMA*, Chicago, n. 320, v. 8, p. 792–814, 2018.

GRUPO GAY DA BAHIA. *Mortes violentas de LGBT no Brasil*: relatório 2017. Salvador: Grupo Gay da Bahia, [2018].

GUIMARÃES, Deocleciano Torrieri. *Dicionário compacto jurídico*. São Paulo: Rideel, 2006.

HUMAN RIGHTS WATCH. *World report 2019*: events of 2018. New York: Human Rights Watch, 2019. Disponível em: https://www.hrw.org/sites/default/files/world_report_download/hrw_world_report_2019.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

KUBRIN, C. E. Structural covariates of homicide rates: does type of homicide matter? *Journal of Research in Crime and Delinquency*, [*s. l.*], v. 40, n.2, p. 139-170, 2003.

LAGARDE, M. Del femicidio al feminicidio. *Desde el Jardín de Freud*, Bogotá, n. 6, p. 216-225, 2006.

LIMA, R. S. *Conflitos sociais e criminalidade urbana*: uma análise dos homicídios cometidos no município de São Paulo. 2000. Dissertação (Mestrado) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MALTA, D. C. *et al*. Fatores de risco relacionados à carga global de doença do Brasil e Unidades Federadas, 2015.

Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, v. 20, p. 217-232, 2017. Suplemento 1.

MATOS, V. C.; LARA, E. B. A. *Dossiê LGBT+ 2018*. Rio de Janeiro: Instituto de Segurança Pública, 2018.

MINAYO, M. C. S. *et al*. Institucionalização do tema da violência no SUS: avanços e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2007-2016, 2018.

MISSE, M. Crime, sujeito e sujeição criminal: aspectos de uma contribuição analítica sobre a categoria “bandido”. *Lua Nova*, São Paulo, n. 79, p. 15-38, 2010.

NOWAK, M. Femicide: a global problem. *Research Note*: armed violence, Geneva, n. 14, 2012.

ODON, T. I. Segurança pública e análise econômica do crime: o desenho de uma estratégia para a redução da criminalidade no Brasil. *Revista de Informação Legislativa*, Brasília, DF, v. 55, n. 218, p. 33-61, 2018.

OLIVEIRA, C. B. F.; TORRES, E. N. S.; TORRES, O. Vidas negras: um panorama sobre os dados de encarceramento e homicídios de jovens negros no Brasil. *Trama Interdisciplinar*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 86-106, 2018.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração dos princípios básicos de justiça relativos as vítimas da criminalidade e de abuso de poder, 1985*. São Paulo: Universidade de São Paulo, Biblioteca Virtual de Direitos Humanos, 1985. Adotada pela Assembléia Geral das Nações Unidas na sua Resolução 40/34, de 29 de novembro de 1985. Disponível em: http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/Direitos-Humanos-na-Administra%C3%A7%C3%A3o-da-Justi%C3%A7a.-Prote%C3%A7%C3%A3o-dos-Prisioneiros-e-Detidos.-Prote%C3%A7%C3%A3o-contra-a-Tortura-Maus-tratos-e-Desaparecimento/declaracao-dos-principios-basicos-de-justica-relativos-asvitimas-da-criminalidade-e-de-abuso-de-poder.html. Acesso em: 20 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre a prevenção da violência 2014*. Trad. Núcleo de Estudos da Violência. São Paulo: Núcleo de Estudos da Violência, 2015.

PASINATO, W. Femicídios e a morte de mulheres no Brasil. *Cadernos Pagu*, São Paulo, v. 37, p. 219-46, 2011.

PISCITELLI, A. G. Intersecionalidades, categorias de articulação e experiências de migrantes brasileiras. *Sociedade e Cultura*, Goiânia, v. 11, p. 13, 2008.

PISCITELLI, A. G. Interseccionalidades, direitos humanos e vítimas. *In*: MISKOLCI, R.; PELÚCIO, L. (org.). *Discursos fora da ordem*. São Paulo: Annablume: FAPESP, 2012.

REICHENHEIM, M. E *et al*. Violence and injuries in Brazil: the effect, progress made, and challenges ahead. *Lancet*, London, v. 377, n. 9781, p. 1962-1975, 2011.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; SOUSA, C. A. M. Lesões provocadas por armas de fogo atendidas em serviços de urgência e emergência brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2851-2860, 2017.

RUSSEL, D.; CAPUTTI, J. *Femicide*: the politics of women killing. New York: Twayne Publisher, 1992.

SANTOS, M. J.; KASSOUF, A. L. Avaliação de impacto do estatuto do desarmamento na criminalidade: uma abordagem de séries temporais aplicada à cidade de São Paulo. *Economic Analysis of Law Review*, Brasília, DF, v. 3, n. 2, p. 307-322, 2012.

SECRETARIA NACIONAL DE ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA CONTRA AS MULHERES (Brasil). Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011.

SILVA, K. A. *Tipologia dos homicídios consumados e tentados*: uma análise sociológica das denúncias oferecidas

pelo Ministério Público de Minas Gerais: comarca de Belo Horizonte, 2003 a 2005. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

SILVA, M. A. *et al*. Mulheres vítimas de homicídio em Recife, Pernambuco, Brasil, 2009/2010: um estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 29, n. 2, p. 391-396, 2013.

SILVA, M. M.; PEREIRA, J. G. Violência contra a população negra: ampliando olhares. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no Século XXI*: visão da literatura brasileira do campo da saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. p. 341-62.

SOARES FILHO, A. M. Vitimização por homicídios segundo características de raça no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 745-755, 2011.

SOUZA, E. R. *et al*. *Mortes violentas de jovens*: um olhar compreensivo para uma tragédia humana e social: relatório de pesquisa. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/Claves, 2016.

SOUZA, M. F. M. *et al*. Reductions in firearm-related mortality and hospitalizations in Brazil after gun control. *Health Affairs*, Bethesda, v. 26, n. 2, p. 575–84, 2007.

SOUZA, M. F. M. *et al*. Carga da doença e análise da situação de saúde: resultados da rede de trabalho do Global Burden of Disease (GBD) Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, p. 1-3, 2017. Suplemento 1.

STEEVES, G. M.; PETTERINI, F. C.; MOURA, G. V. The interiorization of Brazilian violence, policing, and economic growth. *EconomiA*, Brasília, DF, v. 16, n. 3, p. 359-375, 2015.

TOUSSAINT, D. W. *Risk-taking and homicide victimization*: a multi-level study. Tese (Doutorado) – University of Texas at Austin, 2002.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME. *Global study on homicide 2013.* Vienna: UNODC, 2014.

WILLADINO, R. *et al*. *Prevenção à violência e redução de homicídios de adolescentes e jovens no Brasil.* Rio de Janeiro: Observatório de Favelas, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health statistics 2018*: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2018.

ZALUAR, Alba; CONCEIÇÃO, Isabel Siqueira. Favela sob o controle das milícias no Rio de Janeiro: que paz? *São Paulo em Perspectiva*, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 89-101, jul./dez. 2007.

7. Suicídio no Brasil: mortalidade, tentativas, ideação e prevenção

Maria Cecília de Souza Minayo, Camila Bahia

Este capítulo trata do fenômeno do suicídio no Brasil e de seus desdobramentos, que implicam tentativas, ideação e comportamento autopunitivo. O suicídio encontra-se entre as dez principais causas de óbito no mundo e é a principal causa de morte violenta: em 2012, mais de 800 mil pessoas se suicidaram, 86% eram indivíduos menores de 70 anos de idade. Entre indivíduos com idade entre 15 e 29 anos, o suicídio é a segunda causa de morte no mundo, após os acidentes de trânsito (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014, 2016).

Em termos globais, ocorreu redução de 9% no número de suicídios entre 2000 e 2012. A taxa de mortalidade no mundo caiu 21% no mesmo período. Quando realizado o controle dessas taxas por idade, observou-se aumento em

cerca de 50 países, incluindo os de alta renda, onde os números permaneceram altos.

Os índices de suicídio consumados estão distribuídos desigualmente na população mundial e dentro dos países. Segundo a OMS, os mais elevados se encontram na República da Coreia (36,8/100.000), Guiana (34,8/100.000) e Lituânia (33,5/100.000). Os mais baixos estão na Arábia Saudita (0,3/100.000) e Síria (0,4/100.000). O Brasil apresenta taxa de 6,0/100.000. Em vários países europeus, nos Estados Unidos, Canadá e no Japão as taxas estão acima de 10,0/100.000 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

7.1 Como o suicídio é definido

O suicídio é um ato humano de infligir a si próprio o fim da vida. Em toda a variedade de definições existentes sobre o fenômeno, a intenção de morrer é o elemento-chave. No entanto, é muito difícil reconstituir com precisão o pensamento e o desígnio das pessoas que se autoeliminam, mesmo quando elas fazem declarações claras sobre suas intenções antes de morrer. Neste estudo, adota-se a categorização utilizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (KRUG *et al*., 2002), descrita a seguir.

Suicídio fatal constitui-se no ato humano de tirar a própria vida.

Tentativa de suicídio diz respeito ao ato de buscar a própria morte, sem que a intenção se consume.

Ideação suicida é um termo sinônimo de pensamento suicida. Pensar em se matar é comum entre os seres humanos quando enfrentam situações difíceis, conflituosas e dolorosas. Mas há vários graus de ideação, e ela é particularmente problemática quando a pessoa imagina que a sua vida perdeu o sentido.

Comportamento autopunitivo diz respeito ao procedimento de se infligir danos voluntariamente, como ferir-se de propósito, causar lesão a seu corpo, ficar sem se alimentar, entre outros.

7.2 Extensão do problema em nível internacional e em comparação com o Brasil

A seguir detalhamos os tipos de comportamentos suicidas e os fatores de risco mais comuns, apontados na literatura nacional e internacional.

7.2.1 Sobre suicídios consumados

No mundo, os suicídios representam 50% de todas as mortes violentas entre os homens e 71% entre as mulheres. As taxas globais são maiores entre idosos acima de 70 anos; e é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos em alguns países (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em 2012, a taxa global de suicídio foi de 11,4/100.000 habitantes, sendo 15/100.000 entre homens e 8,0/100.000 entre mulheres.

Nos atos consumados, homens prevalecem sobre mulheres numa razão que pode chegar a 4:1, de acordo com o contexto cultural. No mundo, a relação é de 1:9 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014), enquanto nas idades mais avançadas as taxas permanecem baixas, sobretudo quando comparadas às relativas aos homens. Quanto à etnia, estudos da OMS (KRUG *et al*., 2002) mostram que os caucasianos apresentam taxas elevadas e similares em vários países do mundo. No Brasil, além desses grupos, existe um percentual elevado de suicídio entre as populações indígenas.

No Gráfico 1, encontram-se informações por taxas, em geral, e por regiões do Brasil.

Gráfico 1 – Taxas* de mortalidade por suicídio. Brasil e regiões, 2000-2016

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Norte	2,8	3,2	2,8	3,1	3,1	3,2	3,2	3,5	4,0	3,7	3,9	4,2	4,1	4,5	4,1	5,0	4,7
Nordeste	2,3	2,9	3,1	3,2	3,2	3,6	3,7	4,1	4,1	3,9	3,9	4,2	4,2	4,5	4,3	4,5	4,8
Sudeste	3,4	4,0	3,9	3,9	3,8	4,1	4,2	4,0	4,2	4,4	4,5	4,7	4,8	4,7	5,0	5,0	4,9
Sul	8,0	8,4	7,9	7,7	8,1	8,2	7,9	8,0	8,1	8,2	7,7	7,6	8,3	8,2	8,0	8,5	8,8
Centro-Oeste	6,1	5,7	6,4	6,1	6,1	5,9	5,7	5,5	6,2	5,9	5,7	5,6	6,3	6,4	6,2	6,1	6,6
Brasil	3,9	4,4	4,3	4,4	4,4	4,6	4,6	4,7	4,9	4,8	4,8	5,0	5,2	5,2	5,3	5,5	5,5

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade, utilizando os códigos X60 a X84 da CID X (DATASUS, 2019). *Taxas por 100 mil hab.

No período de 2000 a 2016 houve 156.299 óbitos por suicídios no Brasil: 123.377 homens e 32.902 mulheres, o que significa 25 mortes por dia.

O Gráfico 1 mostra aumento das taxas de suicídios no período estudado, passando de 3,9/100.000 para 5,5/100.000 habitantes (taxa média anual de 4,8).

Observam-se grandes diferenças regionais: o Sul lidera com taxa média anual de 8,1/100.000 mortes no período, seguido pelo Centro-Oeste com 6,0/100.000. No entanto, apenas o Norte e o Nordeste mostram tendência crescente no período, embora partam de taxas médias anuais menores, 3,7/100.000 e 3,8/100.000, respectivamente. O Sudeste mantém-se pouco abaixo do padrão nacional com taxa média de 4,3/100.000 óbitos/ano.

Entre 2000 e 2016, os homens apresentaram taxas de suicídio cerca de três a quatro vezes mais elevadas que as

mulheres (taxa média anual masculina de 7,6 e de 2,0 óbitos femininos por 100 mil), o que corresponde à perspectiva internacional, que é em média 3:1.

As ocorrências de suicídio por sexo são heterogêneas no país: no Norte, Centro-Oeste e Sudeste ocorre menor sobremortalidade masculina (3,6; 3,6 e 3,7 homens para cada mulher respectivamente) do que se observa no Nordeste (3,8) e no Sul (4,1).

Ressaltam-se as elevadas taxas de suicídios de homens no Sul (14,3/100.00 ha) e no Centro-Oeste (10,5/100.000) no ano de 2016.

Observando-se por grupos etários, morreram por suicídio 77 crianças de 0-9 anos entre 2000 e 2016, o que corresponde menos de 0,1% do total de mortes por essa causa. As taxas são baixas, mas a dimensão social subjacente à busca pela morte nessa fase da vida é impactante, mesmo quando se trata de um evento único.

No mesmo período, suicidaram-se 12.844 adolescentes de 10-19 anos. Entre eles, a taxa média foi 2,2/100.000, 8,2% do total de todos os suicídios que ocorrem no país.

Nota-se, no mesmo intervalo de tempo, que a taxa média para adultos jovens (pessoas entre 20-29 anos) foi de 6,1/100.000; e a dos adultos com mais idade (30-59 anos) foi 6,9/100.000.

O impacto dessa mortalidade se eleva com o aumento da idade: 22,7% do total de mortes por suicídio ocorreram entre adultos jovens e 53,6% entre pessoas de 30-59 anos.

Já entre idosos, houve 23.745 óbitos no período analisado. As taxas oscilam em torno de 7,4/100.000. Os idosos possuem as mais elevadas taxas de mortalidade por suicídio, comparadas às outras faixas etárias, e são responsáveis por 15,2% do total de óbitos. É importante salientar que são os homens idosos os que mais falecem por suicídio. Entre as mulheres acima de 60 anos, as taxas são baixas e não crescem com a idade.

Para refletir

Como você analisa a questão do suicídio entre crianças? E nas demais faixas etárias?

A distribuição dos suicídios ocorridos, em 2008, difere segundo o porte do município, concentrando-se especialmente nos de menor número de habitantes. Nas cidades acima de um milhão de habitantes, as taxas correspondem a 3,6/100.000, elevando-se para 4,2/100.000 nas que têm de 100 a 999 mil habitantes, e para 5,7 nas acima de 100 mil moradores. Em todas as faixas etárias, observa-se relação inversa entre as taxas de suicídio e o porte dos municípios: crescem as taxas à medida que se reduz o porte (MINAYO *et al*., 2013).

Uma característica relevante, no mesmo sentido, é a distribuição proporcional dos eventos pelos municípios brasileiros. Em 2008, dos 2.662 em que houve suicídio, 90,2% (2.401) tinham menos de 100 mil habitantes e foram responsáveis por 54,7% dos atos fatais; 9,3% (247) possuíam de 100 mil a 999 mil moradores e responderam por 29,6% das mortes autoprovocadas. Apenas 0,5% dos que notificaram suicídios tinham mais de um milhão de habitantes, e esses casos corresponderam a 15,7% do total. É possível que a explicação para o padrão de distribuição mais elevado para municípios menores seja a maior capacidade de reconhecimento dos suicídios em ambientes comunitários, onde as pessoas se reconhecem. Mas também é plausível a hipótese de maior resolutividade e maior presença dos serviços de saúde nos grandes centros, ajudando a diminuir a letalidade das tentativas (MINAYO *et al*., 2013).

Para refletir

No seu município, como ocorrem as notificações de suicídio? O que os dados revelam sobre o grupo etário?

E sobre sexo? No seu município, qual a proporção de mortes por suicídio, em relação a outras mortes provocadas por atos violentos? Você saberia dizer qual o grupo mais atingido, considerando sexo e idade?

No que se refere à cor da pele, das pessoas que se suicidaram no ano de 2016, foram encontradas as seguintes proporções: 49,8% registradas como brancas; 46,1% pretas ou pardas; 1,0%, indígenas; e 0,4%, amarelas. A população indígena, no entanto, é a que tem risco mais elevado, e se concentra nas regiões Norte e Centro-Oeste. Já na Região Sul, os brancos são o grupo mais vulnerável.

Quanto aos meios usados para perpetrar o suicídio, no Brasil, em 2008, destacaram-se os enforcamentos, estrangulamentos e sufocações, cuja proporção é maior nos municípios de pequeno porte. Em sequência, destacam-se as intoxicações por outras substâncias que não analgésicos, antipiréticos e outros (12,2%), os decorrentes do uso de armas de fogo (12%) e as precipitações de altura (3,6%). No entanto, esse último meio chega a 11,8% nos municípios acima de um milhão de habitantes (MINAYO *et al*., 2013).

7.2.2 Tentativas de suicídio

Tanto em relação ao tamanho da população como em números absolutos, as tentativas de suicídio são mais frequentes entre jovens. No entanto, entre idosos existe uma relação mais próxima das tentativas com os atos consumados, o que pode chegar a 2:1. Segundo a OMS (KRUG *et al*., 2002), existem evidências de que apenas 25% das pessoas que tentam se matar entram em contato com hospitais, e os que neles chegam são os casos mais graves. Pesquisa realizada na cidade de Campinas, São Paulo (BOTEGA *et al*., 2005), mostrou que, de cada três tentativas, apenas uma chegou aos serviços de saúde, confirmando o que vem sendo apontado pela literatura.

Internacionalmente, e diferentemente dos suicídios consumados, as taxas de tentativas são mais elevadas entre mulheres. No entanto, isso não se reflete nos dados brasileiros, em que os homens são maioria nas internações hospitalares por essa causa. Estudos a partir do Sistema VIVA (BRASIL, 2009), que notifica dados de atendimento em hospitais de urgência e emergência, porém, mostram a presença maior de mulheres entre as pessoas que tentaram e acorrem a esses serviços. Essa discrepância sugere que elas utilizam meios menos letais, e que muitas delas são dispensadas logo após a assistência emergencial, não necessitando de internação hospitalar.

De 2008 a 2017, ocorreram 86.763 tentativas de suicídio que chegaram à internação hospitalar em todo o Brasil (60,4% dos hospitalizados eram homens).

Por dia foram internadas 24 pessoas por essa causa no sistema público, numa relação de 1,6 homens para cada mulher. A taxa média anual de internação foi de 5,4/100.000 para homens e 3,4/100.000 para mulheres.

Foram 4.604 internações de crianças de 0 a 9 anos por tentativas de suicídio, de 2008 a 2017. Isso corresponde a 5,3% das hospitalizações por essa causa. Entre adolescentes, as tentativas alcançaram 12.008, no mesmo período, o que representa 13,8% de todos os grupos etários. Na faixa de 20-29 anos, houve 19.892 internações, ou 22,9% das hospitalizações por essa causa; e, na faixa dos 30-59 anos, hospitalizaram-se 42.869 pessoas (49,4%). Finalmente, foram 7.390 internações de idosos, sendo responsáveis por 8,5% de todas as internações por tentativas de suicídios.

A Região Sudeste tem a maior taxa média de internação entre homens no período (6,5/100.000), seguida da Região Norte (5,3/100.000). A Região Nordeste tem a maior razão de internação: 2,6 homens para cada mulher.

Esse percentual mais elevado de internação de homens que tentam suicídio difere do padrão internacional segundo

o qual homens se matam mais e mulheres tentam mais (KRUG *et al*., 2002; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). Numericamente, a Região Sudeste responde por mais da metade das tentativas de suicídio, seguida pelas regiões Nordeste e Sul, mostrando padrão semelhante ao das mortes por essa causa, o que pode estar sendo determinado pela diferenciada oferta regional de serviços de saúde.

Os municípios de pequeno e grande porte populacional predominam entre os que têm maiores taxas de internação por tentativa de suicídio, considerando-se todas as faixas etárias (5,6/100.000 e 5,1/100.000, respectivamente), e os de médio porte apresentam taxas menores (3,0/100.000). Esse mesmo padrão se repete nas internações de adolescentes e adultos. Crianças e idosos tendem a apresentar taxas mais elevadas de internação, à medida que diminui o porte populacional.

A descrição da cor da pele dos pacientes que tentaram suicídios e foram hospitalizados foi relatada para duas em cada três internações, o que permite observar a predominância de pessoas com pele parda (47,5%) e branca (45,9%), vindo a seguir os de pele preta (5,3%). Apenas 0,9% disse ter pele amarela e 0,4% era indígena. No entanto, os índios (4,7/100 mil habitantes) e os de cor amarela (4,6/100.000) são os que possuem as mais elevadas taxas de internação por tentativas de suicídio.

Para refletir

No seu município, você sabe quantas tentativas de suicídio foram atendidas pelo serviço de saúde? Quais os grupos mais vulneráveis? Converse com alguns profissionais da saúde sobre os cuidados necessários ao atendimento desses pacientes.

Em 2009, nas internações segundo o meio utilizado predominaram as autointoxicações (86,5%). Entre as mulheres sobressai a ingestão de analgésicos, antipiréticos e

antirreumáticos não opiáceos, e entre os homens, outras substâncias, objetos cortantes e armas de fogo. Em termos proporcionais, a letalidade dos que se internaram por tentativas foi bastante alta em 2009: 24,1%.

O VIVA Inquérito, realizado em serviços selecionados de urgência e emergência do Brasil, no ano de 2014, mostrou que houve 477 atendimentos de emergência por tentativas de suicídio, dos quais 18 (2,9%) envolveram crianças, 94 (18,8%) adolescentes, 348 (74,6%) adultos e 16 (3,7%) idosos (BAHIA, 2017; BRASIL, 2017). O perfil encontrado mostrou maior presença de homens (53,2%), e pessoas da cor preta/ parda (62,4%). Cerca de 80% dessas lesões ocorreram no domicílio. O envenenamento foi o principal meio utilizado (53,6%), e 45% dos casos se deveram a intoxicações. A suspeita de abuso de álcool foi constatada em 30% das pessoas atendidas. Apenas 0,5% dos que tentaram suicídio e foram atendidos nos serviços de emergência chegaram a óbito (BAHIA, 2017; BRASIL, 2017).

Entre os anos de 2009 a 2016, houve 187.140 notificações de lesão autoprovocada, inseridas no sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan), sendo metade delas ocorridas na Região Sudeste (50,5%). Foi observada maior frequência de notificações de lesão autoprovocada entre as mulheres (65,8%), indivíduos com idade entre 30 a 59 anos (43,6%), seguido daqueles com idade entre 20 a 29 anos (27,1%), sendo importante o percentual encontrado de lesões autoprovocadas entre crianças de 0 a 9 anos (1,1%). Cerca de 49% envolviam indivíduos da raça/cor branca e 36% pretos ou pardos, e mais de 79% ocorreram na residência do indivíduo.

7.2.3 Ideação suicida

A ideação suicida é mais frequente entre adolescentes, população idosa e determinados grupos profissionais, como médicos, policiais e agricultores (MELHEIROS, 1998;

NOGUEIRA, 2009). Estudo (WEISSMAN *et al*.,1999) que revisou inquéritos epidemiológicos realizados em vários países, utilizando um mesmo método de aferição de ideação suicida, encontrou prevalências que variaram de 2,1% em Beirute, no Líbano, a 18,5%, em Christchurch, Nova Zelândia. Pesquisa sobre pensamentos suicidas na cidade de Campinas/SP (BOTEGA; BRASIL; JORGE, 2005) apontou prevalência de 17,1% para ideação, mais frequente entre mulheres, adulto jovem e jovem.

Sabe-se que os fatores associados à ideação são similares aos apresentados para os suicídios e as tentativas. No entanto, no Brasil pouco se sabe sobre o fenômeno entre os vários grupos etários. Sobre crianças e adolescentes as informações provêm de pesquisas localizadas. Estudo longitudinal que vem acompanhando 500 crianças a partir dos seis anos de idade na cidade de São Gonçalo/RJ mostra que 3,2% referiram já terem tentado se suicidar (ASSIS *et al*., 2010).

No mesmo sentido, pesquisa com 730 adolescentes com idades entre 13 e 19 anos, das cidades de Porto Alegre/RS e Erechim/RS, encontrou mais elevada proporção de ideação. Do total, 253 (34,7%) apresentaram ideação suicida, sendo 176 (69,6%) do sexo feminino. O estudo também constatou que existe associação significativa entre depressão e a presença de ideação suicida (BORGES; WERLANG, 2006). Pesquisa em escolas públicas e privadas de dez capitais brasileiras, com 1.686 adolescentes, constatou que 29,7% deles já haviam tido ideação suicida. Desses, 43,9% apresentavam baixa autoestima (MINAYO; ASSIS; NJAINE, 2011).

Estudo recente, de base populacional, realizado no Brasil, mostrou prevalência de 17,1% para ideação suicida ao longo da vida e 5,3% para ideação no último ano (BOTEGA; BRASIL; JORGE, 2005). Em uma pesquisa sobre policiais civis e militares do estado do Rio de Janeiro, encontrou-se que, respectivamente, 3% e 5% deles já pensaram em dar cabo à

vida (MINAYO *et al.*, 2012). Os vários estudos mostram a elevada presença de sintomas depressivos que alteram a percepção das relações sociais, e vice-versa.

Quanto aos idosos brasileiros, em um grupo de familiares de pessoas que se mataram e foram entrevistados por meio de autópsia psicossocial, todos revelaram que seus entes queridos manifestavam reiterados pensamentos suicidas antes de cometerem o ato fatal. Havia, por parte deles, uma relação forte entre ideação e depressão e ideação e dependências múltiplas, doenças terminais e uso de drogas psicotrópicas. Os idosos se referiam a “pensamentos de morte”, “desejos de morrer”, “cansaço de viver”, “falta de sentido da vida” e “tristeza com o rumo atual da própria existência” (MINAYO *et al.*, 2012).

Para cada óbito por suicídio, cinco ou seis pessoas, em média, são afetadas do ponto de vista emocional, social e econômico. Além dos efeitos negativos que um evento suicida gera para a comunidade e para a sociedade, seu impacto psicológico é intenso mesmo para os que não têm ligação direta com a pessoa que morreu. Do ponto de vista dos custos econômicos, milhões de dólares são gastos – aproximadamente o equivalente a 1,8% do dispêndio total com doenças no mundo ou ao custo operacional de uma guerra – com consequências do suicídio consumado, das tentativas e ideações (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003).

7.2.4 Autoagressão

A OMS denomina o comportamento de se ferir como autoagressão e está inserido no grupo da lesão autoprovocada, ou seja, como uma violência autoinfligida. É definido como atos de autolesão, que variam desde os mais leves (arranhaduras, cortes, mordidas e queimaduras) até os mais severos (amputação de membros e introdução de

corpos estranhos no corpo) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014).

Em geral, as áreas atingidas são facilmente ocultas, de modo que o comportamento passe despercebido, e incluem braços, coxas e zona abdominal (BARBEDO; MATOS, 2009). A autolesão não está necessariamente relacionada ao comportamento suicida, o que ainda é alvo de muito debate. A maioria dos estudos aponta para uma idade de início entre os 13 e 15 anos, embora existam evidências de uma iniciação mais precoce no Japão, entre 10 a 12 anos (IZUTSU *et al*., 2006; JENKINS; SCHMITZ, 2012), podendo persistir até a vida adulta.

A prevalência da automutilação é maior em mulheres, homo ou bissexual e jovens (VIEIRA; PIRES; PIRES, 2016). Embora não haja um consenso sobre as causas desse comportamento, entre os importantes fatores desencadeantes da autoagressão estão problemas familiares e psiquiátricos (FLIEGE *et al*., 2009; MADGE *et al*., 2011).

O provocar de uma dor física, definida e localizável permite um alívio da emoção negativa, deslocando o foco de atenção do sofrimento e servindo as funções de estratégia de *coping* de regulação emocional (MATOS; SAMPAIO, 2009). Os principais fatores que se relacionam ao objetivo da autoagressão são a busca pela angústia, tristeza, alegria, ansiedade, medo, frustrações, culpa, nostalgia, satisfação plena e prazer. Ao se cortarem, os usuários liberam mais endorfina agindo no cérebro com uma sensação de bem-estar, o que diminui a ansiedade e a tristeza. O cérebro estabelece uma ligação entre o falso alívio com os sentimentos ruins e o ato da mutilação, então anseiam por esse alívio na próxima vez que tiverem tensão (ROSA, 2011). Dessa forma, a automutilação pode se tornar um comportamento compulsivo, que parece impossível parar (MORAN *et al*., 2012).

O aparente crescimento da automutilação entre adolescentes e jovens é, em parte, justificada pelo acesso às

redes sociais, que incitam e oferecem informações a se autolesionarem. Contudo, tal fenômeno não é simplesmente uma consequência direta da tecnologia e deve ser visto, sobretudo, como parte das especificidades e anseios da geração contemporânea (DINAMARCO, 2011). Assumpção (2016) é categórica ao afirmar que a configuração de ordem sócio-histórica é a responsável pelo aumento crescente de casos de automutilação.

7.2.5 Fatores de risco

Sabe-se que nenhum fator de risco, para suicídio, tentativas e ideações, é explicativo por si só. O comportamento suicida está associado a várias causas que interagem entre si. Eis aqui dois casos que figuram quão complexos eles são e quão difícil é explicá-los.

Para que viver se não sou mais um homem?

O Sr. João foi encontrado enforcado com uma corda amarrada ao teto do quarto, em seu barraco, na periferia de Manaus. Ele tinha 72 anos, morava sozinho e todos os dias uma filha que residia perto vinha vê-lo, sobretudo depois que se aposentou e ficou muito parado e quieto dentro de casa. A filha se assustou e chorou muito quando o encontrou inerte e já meio arroxeado, pois tinha grande afeto ao homem que a criou com todas as dificuldades "do mundo! " Ela e o marido tomaram todas as providências para o enterro, pois seus irmãos "estão espalhados por aí afora e vários já morreram".

O Sr. João trabalhava de ajudante de pedreiro, formado na lida diária, depois que teve de deixar sua casinha no interior da Amazônia, por insistência da mulher, e se estabelecer em um barraco muito pobre na periferia de Manaus. Logo que chegaram com os oito filhos, todos pequenos, a mulher o abandonou, deixando-o com

todas as crianças. O Sr. João "teve que se virar na construção civil, que é a funda dos quebrados", disse a filha, fazendo horas extras para a subsistência da família e deixando os filhos maiores tomando conta dos menores. Dos oito, seis eram meninos. Enquanto as meninas foram crescendo, indo à escola e se empregando como domésticas em casa de família para ajudar o pai, os meninos fugiam da escola, enturmavam-se em gangues que cometiam pequenos delitos e não terminaram nem o ensino fundamental. Três deles entraram em quadrilhas de tráfico de drogas e todos esses acabaram assassinados muito jovens. O Sr. João queixava-se muito da falta de uma companheira e tinha muito ressentimento da mulher que o abandonou, atribuindo a ela o fato do "desencaminhamento" dos meninos. Mesmo assim, empenhou-se na criação dos filhos e, para isso, contava com relativo apoio de um casal vizinho. O Sr. João sofreu demais com a morte dos três filhos que se envolveram com drogas e tráfico e, segundo sua filha, "pagaram o preço por isso". Logo depois que parou de trabalhar, o Sr. João apareceu com um câncer de próstata "e isso o matou", disse a filha, "pois ele suportava tudo, menos ficar impotente". Ele dizia: "Para que viver se não sou mais homem?"

Esses fragmentos da história do Sr. João mostram vários aspectos que, em geral, se encontram nas narrativas de suicídio, e nesse caso são relevantes: a migração do campo para a cidade que, em geral, exige muito dos trabalhadores pobres quanto à adaptação a outras atividades e ao estilo de vida; o abandono da mulher, que exigiu dele uma acumulação de funções familiares; o estresse por ter que manter e criar todos os filhos com uma renda que mal dava para sua subsistência, sem tempo e formação para acompanhar seu crescimento e desenvolvimento; o

sentimento de frustração por não ter conseguido manter a família reunida; as mortes violentas dos três filhos; e a reclusão em casa depois da aposentadoria. Por fim, o câncer de próstata o tornou sexualmente impotente. O padrão patriarcal que marcou e ainda marca os homens brasileiros foi a gota d'água para o desfecho final.

Eis uma história de tentativa de suicídio.

Sem ele eu prefiro morrer!

Raquel tem apenas 15 anos. E acaba de dar entrada no hospital universitário de sua cidade, quase à morte, depois de ter ingerido uma grande porção de chumbinho. O chumbinho é um veneno utilizado para matar ratos (geralmente carbamatos e organofosforados), com alto grau de toxicidade. Costuma ser utilizado por muitos que tentam suicídio, sobretudo jovens.

O motivo que Raquel apresentou aos que cuidaram dela e buscaram reverter a gravidade de seu estado de saúde é que queria se matar pois estava grávida de um namorado, com quem mantinha relações sem o conhecimento e o consentimento da mãe. Ele, ao saber da gravidez, a abandonara. Ela resumia assim seu estado emocional: "Sem ele eu prefiro morrer!"

A mãe de Raquel é secretária, separada do marido, luta com muitas dificuldades para cuidar da filha, dar-lhe os estudos e promover seu futuro. A mãe sempre comenta que Raquel é o único bem que possui. Além desse amor bastante possessivo, a mãe tem princípios muito rígidos e tenta manter a filha "sob rédea curta", vigiando-a sempre, quase sem sair de casa, buscando afastá-la de todos os perigos.

Augusto, o namorado e colega de escola, um garoto de 16 anos, quando soube da gravidez de Raquel, desapareceu como se nada tivesse a ver com o fato: foge dela na escola e não atende suas ligações. Raquel

desesperou-se pelo medo das reações da mãe, mas principalmente porque ficou sozinha para assumir e enfrentar os problemas que teria a partir da gravidez. No hospital, os médicos e enfermeiras que a atenderam estavam preocupados apenas em desintoxicá-la. Zombavam dela enquanto faziam a lavagem estomacal e lhe diziam: “já que você queria se matar deveria ter usado um meio mais potente para não dar tanto trabalho para nós”. Apenas uma enfermeira, depois que Raquel estabilizou seu quadro de saúde, a orientou sobre os riscos que correu e a enviou para um atendimento de apoio psicológico, mantido pelo próprio hospital. Ela também chamou a mãe e conversou com ela, encaminhando-a para que fosse ajudada a enfrentar a situação e a proteger e não abandonar a filha.

O caso de Raquel é bastante comum entre jovens: insegurança, paixão avassaladora de adolescente e não correspondida pelo namorado, medo de assumir a gravidez, medo dos pais. Mas além desses elementos próximos que precederam à tentativa de suicídio, existem ainda outros fatores que pesam sobre o caso: Raquel foi criada sem pai. E a mãe, com medo de não ser competente em sua função, crê que ao fechá-la em casa evita qualquer mal que lhe possa acontecer. Em vez de conversar com ela, orientá-la e dar-lhe apoio para enfrentar as dificuldades que qualquer adolescente tem nessa etapa da vida, reprime-a e a prende a si como se pudesse salvá-la de todos os males.

Da mesma forma como ocorreu nesse caso, costuma ser comum uma reação negativa de médicos e outros profissionais que atendem jovens que tentam suicídio, apenas repreendendo-os, zombando deles ou dando por terminado seu trabalho quando estabilizam seu quadro de saúde. Em geral, a maioria da equipe de saúde não se atenta para os vários fatores que interferem na decisão de um jovem que tenta suicídio.

Mesmo buscando compreender a complexidade da história particular dos casos narrados acima ou de qualquer pessoa que se mata ou tenta fazê-lo, pode-se afirmar que nunca se sabe completamente todos os motivos que levam as pessoas a tal decisão. Apesar disso, estudos nacionais e internacionais apontam alguns fatores mais comuns e incluem problemas biológicos e médicos, ambientais, psiquiátricos e psicológicos, filosófico-existenciais e motivações sociais, descritos resumidamente a seguir.

Doenças e transtornos mentais

Numa revisão sistemática de 31 artigos publicados entre 1959 a 2001, Bertolote *et al*. (2002) encontraram 97% dos casos de suicídio associados a transtorno mental. Os distúrbios psiquiátricos e psicológicos mais comuns são: depressão, problemas relacionados ao estado de humor e afetivo bipolar; esquizofrenia; ansiedade e transtornos de personalidade; alcoolismo; desesperança e solidão; e comorbidades (ABREU *et al*., 2010; NEVES; DALGALARRONDO, 2007; ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA; COUTINHO, 2001). Doenças depressivas em sua variada complexidade, etiologia e apresentação clínica constituem o mais relevante fator de risco (ESTELLITA-LINS, OLIVEIRA; COUTINHO, 2001; PORSTEINSSON *et al*., 1997).

Uso de medicamentos, drogas, álcool e intoxicações

Estados de intoxicação com estimulantes como cocaína, anfetaminas ou álcool constituem fatores predisponentes frequentes para o suicídio, com agravantes para pessoas com depressão. De todos esses elementos, o álcool é o mais significativo, sobretudo se associado à depressão. Medicamentos anticonvulsivantes também podem estar associados ao suicídio e às tentativas. Sua indicação de

largo espectro para pacientes com ou sem comorbidades psiquiátricas leva à necessidade de cuidados com a sua segurança (BEESTON, 2006; DUBERSTEIN *et al*., 2004).

Em 2008, a Food and Drug Administration (FDA) dos Estados Unidos (UNITED STATES, 2010) publicou uma meta-análise incluindo dados de 199 estudos sobre administração controlada de placebos e 11 anticonvulsivantes: pacientes que usavam anticonvulsivantes apresentaram risco duas vezes maior para ideação e comportamento suicida, comparados com os que receberam placebo, levando a alertas da FDA quanto à sua administração.

Fatores médicos e biológicos

Algumas pesquisas mostram traços genéticos que predispõem pessoas de uma mesma família a comportamento suicida. Pesquisas sobre a base biológica do fenômeno revelam níveis alterados de metabólitos de serotonina no fluido neuroespinhal de pessoas que cometeram suicídio (MANN *et al*., 2005). Mas estudos recentes da OMS consideram que o comportamento suicida pode ser um transtorno psiquiátrico herdado (KRUG *et al*., 2002), mais do que uma predisposição genética. Suicídio pode ser também uma resposta do sujeito ao padecimento de doenças graves, dolorosas e incapacitantes.

Fatores microssociais

Dentre esses, os mais importantes são alguns acontecimentos que afetam a vida emocional: perdas pessoais, conflitos interpessoais, relacionamentos interrompidos ou perturbados, problemas legais ou no trabalho. Entre os jovens, autores apontam as dificuldades de relacionamento com pais, brigas com namorados, solidão, ter sofrido abusos físicos e sexuais e problemas com a

orientação sexual. Também o isolamento social deve ser visto como fator predisponente. Pesquisadores (DUBERSTEIN *et al*., 2004) encontraram, entre idosos que cometeram suicídios ou tentativas, traços de personalidade hipocondríaca, fechada, tímida ou excessivamente independente. A maioria dos estudiosos mostra que ser casado e ter filhos são fatores de proteção contra o suicídio. No entanto, estudos da OMS (KRUG *et al*., 2002) ressaltam índices elevados de comportamento suicida entre mulheres casadas, em algumas culturas onde elas são fortemente controladas e contidas.

Fatores sociais

Segundo Durkheim (1992, p. 392) "cada povo tem, coletivamente, uma tendência ao suicídio que lhe é própria e da qual depende a importância do tributo que ele paga à morte voluntária", e existe uma necessidade social de cota de sacrifício de alguns em prol da harmonia social. Para esse autor, anomia e patologias dos vínculos sociais como crises sociais, culturais e econômicas, desemprego em épocas de recessão, desintegração social e perda de *status* levam as pessoas a se matarem ou a matar os outros, havendo uma mesma fonte causal para o suicídio e o homicídio. Freud (1989) também se refere à relação entre suicídio e homicídio, afirmando que por trás de cada morte autoinfligida houve uma ideia anterior de matar o outro. Ambos os fenômenos provêm do mesmo impulso intrapsíquico de destruição (Thanatos).

Fatores socioambientais

Krug *et al*. (2002) divide-os em três categorias:

1. Estressores da vida, como é o caso dos problemas interpessoais, separações, rejeições, perdas de entes queridos, problemas financeiros e no trabalho, vergonha por algo socialmente reprovado.
2. Facilidade de acesso aos meios usados para perpetrar o ato.
3. Efeitos de vizinhança ou dos meios de comunicação. Nesse último caso, a OMS (KRUG *et al.*, 2002) ressalta que quando os meios de comunicação contam uma história de suicídio, podem influenciar positiva ou negativamente o público. O sensacionalismo tem um papel importante no efeito contagiante, sobretudo quando morre alguém muito conhecido e o evento é narrado de forma espetacular.

Fatores por faixa etária

É importante assinalar os fatores de risco para cada faixa etária, embora em todas elas alguns sejam os mesmos.

Entre crianças e adolescentes, destaca-se a importância de aspectos microssociais e familiares nos casos de tentativas, ideações e atos consumados. Ressaltam-se os casos de medidas disciplinares inconsistentes e rígidas, aplicadas por pais ou responsáveis, seja por crueldade, seja com intuito de educar; perdas como separações e morte dos pais; pobreza de comunicação; isolamento social; convivência com pessoas com problemas mentais; abuso de álcool e drogas e outras desordens emocionais; histórias familiares anteriores de suicídio ou de automutilações.

Leia na página da OMS (www.who.int), o Relatório Mundial sobre Violência e Saúde (World Report on Violence and Health), que apresenta um capítulo específico sobre suicídio (*selfdirected violence*), às páginas 183 a 206. O documento traz um amplo e importante estudo sobre esse fenômeno em todos os seus aspectos.

Dentre os fatores que protegem as crianças de cometer suicídio estão: a pouca frequência de desordens depressivas sérias e de abuso de substâncias, imaturidade cognitiva para vivenciar desesperança ou formular plano de suicídio, acesso restrito a meios letais e presença de rede de apoio familiar, na comunidade e na escola (JORGE, 1988; KRUG *et al*., 2002).

Para os adolescentes, acrescentam-se aos fatores de risco para suicídios, tentativas e ideações comuns, questões emocionais e relacionais com namorados e com amigos, problemas de autoestima e no desempenho escolar (AVANCI; PEDRÃO; COSTA JÚNIOR, 2005; SHAFFER; GUTSTEIN, 2002).

No grupo de adultos, os fatores mais conhecidos são os transtornos mentais, principalmente a depressão associada a histórias de violência física e sexual, de rejeição, de luto, conflitos relacionais e perdas, abuso de álcool e drogas ilegais e algumas legais. São também fatores associados: ambiente de trabalho excessivamente exaustivo, de risco, competitivo e exigente; e inalação de agrotóxicos (MELHEIROS, 1998; NOGUEIRA, 2009).

Já entre idosos, são reconhecidos os fatores situacionais que provocam depressão, melancolia e tristeza, como uma aposentadoria mal planejada que isole a pessoa de seu meio social; morte do cônjuge, de familiares e amigos; diagnóstico de doença grave; perda das referências, sendo relevante a privação de seu espaço na casa. Há também os fatores sindrômicos descritos como um conjunto de

sintomas: transtornos mentais, sendo o mais forte a depressão, sentimentos de culpa, dependência física e isolamento social e emocional (BEESTON, 2006; BERTOLOTE *et al*., 2002; CONWELL; VAN ORDER; CANE, 2011; MITTY; FLORES, 2008).

Para refletir

Identifique um caso recente de suicídio que tenha ocorrido próximo a você.
Reflita sobre os fatores de risco apresentados.

7.3 Conclusões e recomendações

Os dados aqui apresentados, corroborando a literatura, evidenciam leve tendência de aumento dos suicídios no Brasil em ambos os sexos, sobretudo no sexo masculino de todas as idades e, particularmente, entre homens idosos.

Em relação às internações por tentativas, observa-se tendência de queda em ambos os sexos, com taxas mais elevadas entre os homens, o que diverge da literatura internacional. No entanto, os dados do Sistema VIVA sobre o atendimento nas emergências indicam maior presença feminina. O decréscimo das taxas de internação que não acompanha a tendência de aumento da mortalidade pode ser explicado pelo fato de o principal meio usado para o suicídio ser mais letal (enforcamento, estrangulamento e sufocação) do que a intoxicação por substâncias comumente usadas pelos que chegam às emergências e se internam nos hospitais. No entanto, a letalidade relativa às pessoas hospitalizadas por essa causa também é alta (24,1%).

Uma informação importante é que dos 5.560 municípios brasileiros, apenas 2.662 registraram suicídios em 2008. Uma característica observada nos dados é que as taxas aumentam na ordem inversa ao tamanho dos municípios. Ou seja, nos que têm menos de 100 mil habitantes encontram-

se taxas mais elevadas. As regiões Sul e Centro-Oeste concentram os municípios com as maiores taxas. Na Região Sudeste observa-se diminuição da taxa de suicídio, o que acompanha a tendência de queda de todas as causas externas.

Sugestões de filmes que abordam o suicídio

- *As virgens suicidas*, drama norte-americano dirigido por Sofia Coppola (1999). Ambientado na década de 1970, o filme enfoca os Lisbon, uma família saudável e próspera de um bairro de classe média de Michigan: o Sr. Lisbon (James Woods), um professor de matemática, e sua esposa, uma rigorosa religiosa, mãe de cinco belas adolescentes, que atraem a atenção dos rapazes da região. Porém, quando Cecília (Hanna R. Hall), de apenas 13 anos, comete suicídio, as relações familiares se decompõem rumo a um crescente isolamento e superproteção das demais filhas, que não podem mais ter qualquer tipo de interação social com rapazes. Mas a proibição apenas atiça ainda mais as garotas a arranjarem meios de burlar as rígidas regras de sua mãe.
- *Invasões bárbaras*, uma produção franco-canadense do gênero drama, dirigido por Invas (2003). À beira da morte e com dificuldades em aceitar seu passado, Rémy (Rémy Girard) busca encontrar a paz. Para tanto recebe a ajuda de Sébastien (Stéphane Rousseau), seu filho, que sempre fora ausente, de sua ex-mulher e de velhos amigos. Todos os argumentos mostram que esse senhor idoso queria morrer e que teria direito a escolher a forma de terminar sua vida.

Embora os suicidas de cor branca e parda predominem proporcionalmente, tanto na mortalidade quanto nas internações, são os indígenas que apresentam as taxas mais elevadas.

Estudos da área de saúde pública ressaltam a importância da atenção primária, do reforço dos laços familiares e comunitários e da ampliação do acesso aos serviços especializados de saúde mental para atendimentos das pessoas mais vulneráveis. Nesse sentido, a OMS, a partir dos anos 1990, assumiu o compromisso de diminuir o número de suicídios em todo o mundo. Dentre as iniciativas, criou um manual de orientação para profissionais, cuidadores, redes de apoio e familiares, intitulado "Estudo de Intervenção sobre Comportamento Suicida em Múltiplos Locais" (Supre-Miss) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2000).

Para refletir

Você acha que os profissionais da saúde precisam ser mais informados sobre o fenômeno do suicídio e os fatores de risco que estão associados a ele?

Você conhece algum caso de tentativa? Sabe como a pessoa foi atendida pelos serviços de saúde? Você conhece algum ato consumado e sabe como a família foi apoiada pelos serviços de saúde?

O Supre-Miss é direcionado aos profissionais envolvidos na prevenção do suicídio e contempla: a dimensão do problema, o enfoque na equipe de atenção primária, a correlação entre transtornos mentais e doenças físicas, fatores sociodemográficos e ambientais e como abordar o problema. Ensina como identificar uma pessoa em risco de suicídio, como interagir, como e quando encaminhá-la, como aproveitar os recursos da comunidade, o que fazer e o que não fazer. Enfatiza a atenção primária, a preparação das equipes locais de saúde e dos cuidadores, o apoio comunitário e o papel das famílias nos momentos de crise,

de eventual urgência, no monitoramento e acompanhamento cuidadoso da evolução clínica e da reabilitação psicossocial dos pacientes. O texto é claro: “suicídio pode ser evitado”.

Leia o documento Supre-Miss em português. O manual é escrito em linguagem muito simples, com orientações para profissionais e médicos da atenção primária. Disponível em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2000/WHO_MNH_MBD_00.1_por.pdf

O Ministério da Saúde, em 2005, organizou um grupo de trabalho com representantes de governo, universidades e entidades da sociedade civil visando formular estratégias de enfrentamento do problema, tendo como parâmetro a proposta de diminuição do suicídio apresentada pela OMS. Esse grupo auxiliou o Ministério da Saúde na elaboração da Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006, que instituiu as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio (BRASIL, 2006a), com ênfase em:

- informação e sensibilização da sociedade;
- capacitação dos profissionais da saúde, assistência social, educação, segurança pública;
- ampliação do acesso da população de maior risco;
- estímulo a estudos e pesquisas;
- aprimoramento da notificação sobre mortalidade e tentativas;

- fomento e apoio a programas de prevenção em nível local e regional com foco na prevenção secundária;
- desenvolvimento de ações de promoção;
- redução do acesso a meios letais e a métodos autodestrutivos;
- controle e uso adequado de agrotóxicos.

A importância de qualificar a rede de saúde e de saúde mental no que se refere ao tema da prevenção do suicídio é ressaltada no documento, sobretudo levando-se em conta estudos brasileiros segundo os quais, na maioria dos casos de tentativas que chegam aos serviços de saúde, os profissionais que os atendem não buscam ou não sabem identificar se houve tentativas e ideações anteriores. Nesse sentido, o Ministério da Saúde, por meio de uma parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e a Universidade de Campinas (Unicamp), também elaborou o manual *Prevenção de suicídio*. Dirigido a profissionais das equipes de saúde mental (BRASIL, 2006b), o manual apresenta, de forma clara e objetiva, os principais fatores de risco para o suicídio, os de proteção, os sintomas de transtornos mentais mais relacionados (depressão, transtorno do humor bipolar, esquizofrenia) e suas formas de tratamento. Orienta ainda sobre como lidar em situações de risco, formas de encaminhamento, entre outras informações.

O Ministério da Saúde também vem apoiando iniciativas da sociedade civil que realizam ações de proteção e prevenção do suicídio, como as desenvolvidas pelo Centro de Valorização da Vida (CVV). O CVV atua desde 1962 oferecendo atenção às pessoas que se encontram em sofrimento, por meio do telefone 141. Além disso, a Associação Brasileira de Psiquiatria publicou, em 2009, um manual sobre o tema dedicado aos profissionais de mídia, *Comportamento suicida*: *conhecer para prevenir* (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA, 2009).

Todas essas iniciativas, baseadas em pesquisas nacionais e internacionais, mostram que é possível prevenir o suicídio e que há atores-chave que devem se envolver em tal processo.

Leia as Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio que constituem a Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt1876_14_08_2006.html

Você encontrará informações importantes sobre como atuar diante de tentativas, ideações e comportamentos suicidas no *Prevenção de suicídio: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental* (BRASIL, 2006b), disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf

7.4 Referências

ABREU, K. P. *et al*. Comportamento suicida: fatores de risco e intervenções preventivas. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, Goiânia, v. 12, n. 1, p. 195-200, 2010.

ASSIS, S. G. *et al*. *Violência comunitária e problemas de saúde mental infantil*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010. (Relatório final de pesquisa).

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE PSIQUIATRIA. *Comportamento suicida*: conhecer para prevenir. São Paulo: ABP, 2009.

Dirigido para profissionais de imprensa.

ASSUMPÇÃO, Ana Paula Vieira de Andrade. *O discurso da falta e do excesso*: a automutilação. 2016. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Letras, Universidade Católica de Pelotas, 2016.

AVANCI, R. C.; PEDRÃO, L. J.; COSTA JÚNIOR, M. L. Perfil do adolescente que tenta suicídio em uma unidade de emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 58, n. 5, p. 535-539, 2005.

BAHIA, Camila Alves *et al*. Lesão autoprovocada em todos os ciclos da vida: perfil das vítimas em serviços de urgência e emergência de capitais do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2841-2850, set. 2017.

BARBEDO, M.; MATOS, M. Fazer mal a si próprio. *In*: MATOS, M.; SAMPAIO, D. (coord.). *Jovens com saúde*: diálogo com uma geração. Lisboa: Texto Editores, 2009. p. 123-130.

BEESTON, D. *Older people and suicide*: Centre for Ageing and Mental Health. London: Stanfordshire University, 2006.

BERTOLOTE, J. M. *et al*. The impact of legislation on mental health policy. *In*: SARTORIUS, N. *et al*. (ed.). *Psychiatry in society*. London: John Wiley & Sons, 2002.

BORGES, V. R.; WERLANG, B. S. G. Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, Lisboa, v. 7, n. 2, p. 195-209, 2006.

BOTEGA, N. J.; BRASIL, M. A. A; JORGE, M. R. Residência em psiquiatria: enquete nacional discorda da posição da Comissão Nacional de Residência Médica. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 7, n. 4, p. 341-348, 2005.

BOTEGA, N. J. *et al*. Suicidal behavior in the community: prevalence and factors associated with suicidal ideation. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 45-53, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 1.876, de 14 de agosto de 2006*. Diretrizes Nacionais de Prevenção do Suicídio. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Prevenção do suicídio*: manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Organização Pan-Americana da Saúde: Unicamp, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Viva*: vigilância de violências e acidentes, 2006-2007. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva*: vigilância de violências e acidentes: 2013 e 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

CONWELL, Y.; VAN ORDER, K.; CANE, E. D. Suicide in older adults. *Psychiatric Clinics of North America*, Philadelphia, v. 34, n. 2, p. 451-468, 2011.

DATASUS. *Informação de saúde (TABNET)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6937. Acesso em: 29 maio 2020.

DINAMARCO, A.V. *Análise exploratória sobre o sintoma de automutilação praticada por objetos cortantes e/ou perfurantes através de relatos expostos na internet por um grupo brasileiro que se define como praticante de automutilação*. 2011. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 2011.

DUBERSTEIN, P. R. *et al*. Suicide at 50 years of age and older: perceived physical illness, family discord and financial strain. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 34, n. 7, p. 137-144, 2004.

DURKHEIM, E. *O suicídio*. Rio de Janeiro: Zahar, 1992.

ESTELLITA-LINS, C. A.; OLIVEIRA, V. M.; COUTINHO, M. F. C. Acompanhamento terapêutico centrado e urgências. *In*: ENCONTRO NACIONAL DE ACOMPANHANTES TERAPÊUTICOS, 1., 2001, São Paulo. *Anais* [...]. São Paulo: PUC, 2001.

FLIEGE, H. *et al*. Risk factors and correlates of deliberate self-harm behavior: a systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, London, v. 66, p. 477-493, 2009.

FREUD, S. O ego e o id. *In*: FREUD, S. *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud, 5, 19*. Edição standard brasileira. Rio de Janeiro: Imago, 1989. p. 13-83.

IZUTSU, T. Deliberate self-harm and childhood hyperactivity in junior high school students. *European Child & Adolescent Psychiatry*, Heidelberg, v. 15, n. 3, p. 172-176, 2006.

JENKINS, A.; SCHMITZ, M. The roles of affect dysregulation and positive affect in nonsuicidal selfinjury. *Archives of Suicide Research*, London, v. 16, p. 212-225, 2012.

JORGE, M. H. P. M. Investigação sobre a mortalidade por acidentes e violências na infância. 1988. Tese (Livre-Docência) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.

KRUG, E. G. *et al*. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MADGE, N. *et al*. Psychological characteristics, stressfull life events and deliberate self-harm: findings from the Child & Adolescent Self-harm in Europe (CASE) study. *European Child Adolescent Psychiatry*, Heidelberg, v. 20, p. 499-508, 2011.

MANN, J. J. *et al*. Suicide prevention strategies: a systematic review. *JAMA*, Chicago, v. 294, n. 16, p. 2064-2074, 2005.

MATOS, M.; SAMPAIO, D. *Jovens com saúde*: diálogo com uma geração. Lisboa: Texto Editores, 2009.

MELHEIROS, A. M. A. S. Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São

Paulo, v. 44, n. 2, p. 135-140, 1998.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; NJAINE, K. (org.). *Amor e violência*: um paradoxo das relações de namoro e do 'ficar' entre jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

MINAYO, M. C. S.; CAVALCANTE, F. G. Suicide in elderly people: a literature review. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010.

MINAYO, M. C. S. *et al*. Suicídios no Brasil por faixas etárias (2000-2008). Rio de Janeiro: Fiocruz/ Claves, 2013.

MINAYO, M. C. S. *et al*. Trends in suicide mortality among Brazilian adults and elderly, 1980-2006. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 46, n. 2, p. 300-309, 2012.

MITTY, E.; FLORES, S. Suicide em late life. *Geriatric Nursing*, New York, v. 3, n. 29, p. 160-165, 2008.

MORAN, P. *et al*. The natural history of self-harm from adolescence to young adulthood: a population-based cohort study. *Lancet*, London, v. 379, n. 9812, p. 236-243, Jan. 2012.

MOSCICKI, E. K.; CAINE, E. D. Opportunities of life: preventing suicide in elderly patients. *Archives of Internal Medicine*, Chicago, v. 164, n. 11, p. 1171-1172, 2004.

NEVES, M. C. C.; DALGALARRONDO, P. Transtornos mentais auto-referidos em estudantes universitários. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, Rio de Janeiro, v. 56, n. 4, p. 237-244, 2007.

NOGUEIRA, G. E. G. *Tentativas de suicídio entre policiais militares*: um estudo em saúde mental e trabalho. 2009. Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Prevenção do suicídio*: um manual de atenção de saúde para profissionais da atenção básica. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

PORSTEINSSON, A. *et al*. Suicide and alcoholism: distinguishing alcoholic patients with and without comorbid drug abuse. *American Journal on Addictions*, Washington, DC, v. 6, n. 4, p. 57-68, 1997.

ROSA, Nara Beatriz Kreling. O uso da internet como espaço terapêutico. *Cadernos do Aplicação*, Porto Alegre, v. 24, n. 2, p. 131-143, jul./dez. 2011.

SHAFFER, D.; GUTSTEIN, J. Suicide and attempted suicide. *In*: RUTTER, M.; TAYLOR, E. Child and adolescent psychiatry. London: Blackwell Publishing, 2002. p. 529-554.

UNITED STATES. Food and Drug Administration. *US Departament of Health & Human Services*. Washington, DC: FDA, 2010. Disponível em: http://www.fda.gov/. Acesso em: 12 ago. 2010.

VIEIRA, Marcos Girardi; PIRES, Marta Helena Rovani; PIRES, Oscar Cesar. Automutilação: intensidade dolorosa, fatores desencadeantes e gratificantes. *Revista Dor*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 257-260, out./dez. 2016.

WEISSMAN, M. M. *et al*. Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries. *Psychological Medicine*, Cambridge, v. 29, p. 9-17, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Preventing suicide*: a global imperative. Geneva: World Health Organization, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The word health report*: shaping the future. Geneva: WHO, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *World health statistics 2016*: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals. Geneva: World Health Organization, 2016.

II Atenção a pessoas em situação de violência sob as perspectivas do ciclo de vida e das vulnerabilidades

8. Crianças e adolescentes em situação de violência

Ana Lúcia Ferreira, Ana Tereza Miranda Soares de Moura, Rosana Morgado, Simone Gryner, Viviane Manso Castello Branco

Este capítulo apresenta os diferentes tipos de violência contra crianças e adolescentes e pretende estimular a reflexão sobre as possibilidades de atuação do setor saúde. São apresentados cinco casos baseados em histórias e em experiências de profissionais da saúde em relação à violência contra crianças e adolescentes.

Os cinco casos têm como referencial o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei Federal n. 8.069/90 que regulamenta o artigo 227 da Constituição Federal, introduzindo a Doutrina da Proteção Integral, que assegura a todas as crianças e adolescentes, indistintamente, os direitos fundamentais do ser humano, o exercício pleno da cidadania (BRASIL, 1990).

A Doutrina da Proteção Integral é decorrente da Declaração Universal dos Direitos da Criança da Organização das Nações Unidas (ONU) de 1959, que inaugura uma nova forma de pensar a criança e o adolescente, dando-lhes um tratamento diferenciado e prioritário por serem seres humanos em desenvolvimento. O “menor” deixa de ser objeto de direitos e transforma-se em sujeito de direitos, tendo acesso irrestrito e privilegiado à justiça. A proteção deixa de ser obrigação exclusiva da família, e o Estado e a sociedade passam a ser igualmente responsáveis pela tutela dos direitos da criança e do adolescente (ROCHA; PEREIRA, 2003).

Leia um pouco mais sobre o ECA no Capítulo “Estatuto da Criança e do Adolescente: marco da proteção integral”, de Saulo de Castro Bezerra, no livro *Violência faz mal à saúde* (LIMA, 2004).

O ECA, no seu artigo 2º, considera criança a pessoa com até 12 anos incompletos; e adolescente, a pessoa com idade entre 12 e 18 anos.

A cultura do terror

Eduardo Galeano

A extorsão,
o insulto,
a ameaça,
o cascudo,
a bofetada,

a surra,
o açoite, [...].

Fonte: Galeano (1991, p. 141).

Acesse o texto completo de “A cultura do terror”, extraído de *O livro dos abraços*, de Eduardo Galeano (1991), no site: http://www.analista.psc.br/a-cultura-doterror/

A partir da discussão sobre os aspectos mais significativos de cada caso e os desafios para o enfrentamento das situações, propõe-se que o leitor construa, em parceria com os profissionais de seu serviço, a conduta mais adequada em relação aos casos.

Vale ressaltar que a abordagem da violência contra a criança e o adolescente é uma tarefa desafiante. Não há um consenso em relação à maneira de abordar essa questão e cada caso requer uma avaliação específica e abrangente.

Leia mais sobre o assunto no Capítulo “Violência contra crianças e adolescentes: questão histórica, social e de saúde”, de Sanchez e Minayo, no livro *Violência faz mal à saúde* (LIMA, 2004).

A criança e o adolescente pertencem a grupos etários especialmente vulneráveis aos desfechos negativos decorrentes da violência. Um olhar mais atento e ampliado dos profissionais que lidam com esses grupos etários poderá aumentar as chances de detecção de situações de risco, minimizando as consequências da violência.

Os ninguéns

Eduardo Galeano

“As pulgas sonham com comprar um cão, e os ninguéns com quem deixar a pobreza, que em algum dia mágico a sorte chova de repente, que chova a boa sorte a cântaros; mas a boa sorte não chove ontem, nem hoje, nem amanhã, nem nunca [...]” (GALEANO, 1991).

Acesse o texto completo “Os ninguéns”, extraído de *O livro dos abraços*, de Eduardo Galeano (1991), no site: https://www.revistapazes.com/2200-2/

As marcas deixadas pela violência dependem da idade da criança ou do adolescente, da frequência com que ocorre, do tipo de abuso, da relação de proximidade que o indivíduo tem com o autor da agressão e das consequências dessa situação na vida.

Este capítulo trata do papel do profissional da saúde, principalmente em relação ao acolhimento, à escuta, ao atendimento e encaminhamento dos casos. O profissional, no entanto, deve pensar na promoção da saúde e na prevenção da violência.

Caso Marcela

Marcela tem 10 anos e chegou ao posto de saúde acompanhada por sua avó materna, que disse estar preocupada com as pequenas feridas nas pernas da neta, relatando que não era a primeira vez que notava esse problema. A médica que atendeu Marcela imediatamente suspeitou de impetigo (infecção bacteriana na pele). Durante a consulta, Marcela se mostrou retraída e por vezes arredia, tanto para responder às perguntas, como no próprio exame clínico, tentando evitar ao máximo o contato físico. A auxiliar de enfermagem percebeu outras marcas no corpo de Marcela quando foi aplicar a medicação prescrita e suspeitou da origem das lesões. Com discrição, mostrou-as à médica, alertando para a possibilidade de as lesões terem sido decorrentes de queimadura. A avó estava ansiosa para que a consulta terminasse logo e sempre respondia por Marcela às perguntas que lhe eram feitas. Ao fim da consulta, a médica apresentou o diagnóstico de impetigo, receitou os remédios adequados para o tratamento e marcou o retorno de Marcela para a semana seguinte.

Para refletir

Como você avalia a atitude da médica?

Com que outros profissionais a médica poderia contar para debater o caso atendido? Justifique.

O que você pensa sobre o comportamento da avó durante a consulta?

Que procedimentos a médica poderia utilizar para deixar Marcela mais confortável?

Que outros encaminhamentos a médica poderia realizar?

Você acha que ocorreu nesse caso algum tipo de violência?

Para aprofundar seus conhecimentos, leia os textos e acesse os sites indicados.

- Prevenção da violência doméstica junto às famílias
  - livro *Violência faz mal à saúde*, coordenado por Cláudia Araújo de Lima (2004) e publicado pelo Ministério da Saúde (2004).
- Proteção de nossas crianças e adolescentes
  - Cartilha *Cuidar sem violência, todo mundo pode!* disponível em: https://promundoglobal.org/wp-content/uploads/2014/12/Cuidarsem-violencia-todomundo-pode.pdf
  - www.promundo.org.br
- Paternidade
  - http://institutopapai.blogspot.com – Instituto Papai
  - www.saude.rj.gov.br – Movimento pela Valorização da Paternidade
- Instituições que trabalham com o tema da proteção na infância e adolescência
  - https://www.sbp.com.br/
  - http://soperj.com.br/
  - https://www.unicef.org/brazil/
- Profissionais da saúde e o atendimento à violência doméstica
  - Livro *A violência começa quando a palavra perde o valor*, coordenado por Flavia Franco, Paula Mancini C. M. Ribeiro e Simone Gryner (2004).

8.1 Texto para reflexão sobre o caso Marcela

"É de pequenino que se torce o pepino", "palmada de amor não dói", "pé de galinha não mata pinto" são ditos populares que evidenciam o grau de legitimação social ainda conferido à prática, chamada por vezes de educativa, de abusar fisicamente de nossas crianças e jovens. De fato, entende-se que há permissão social para o comportamento violento. Mais que isso, há o incentivo para que a violência contra a infância se perpetue, já que os programas públicos de prevenção e atendimento são insuficientes; faltam programas de qualificação profissional para identificação do crime; falta estímulo ao cumprimento da lei que obriga a notificação; e o relato da vítima é frequentemente tratado com descrédito.

> Frequentemente, quando as crianças vítimas de violência doméstica são levadas aos serviços de saúde, os adultos responsáveis apresentam outras justificativas para o fato.
>
> A implantação de um novo modelo para a assistência social, o Sistema Único de Assistência Social (Suas), prevê a estruturação de uma rede de proteção social em seu nível especial, que atua contra a violação de direitos.

A violência doméstica manifesta-se no âmbito das relações familiares, o que coloca em xeque valores secularmente construídos em torno do significado dessa instituição social. A existência de um modelo ideal de referência – pai, mãe e

filhos – nos papéis de provedores, cuidadores e protegidos oferece um quadro de naturalização da concepção e das relações existentes na família. Nessa direção, um caminho fecundo para a compreensão do fenômeno assenta-se na perspectiva de dessacralizar a instituição família e desnaturalizar as ações de violência, pressupostos ainda não enfrentados. Como profissionais que atuam nessa área, continuamos a reproduzir as máximas naturalizantes do papel da família e de como os seus membros estariam imunes a um processo de socialização em si violento.

É nessa ótica que se inscreve a necessidade de compreendermos o fenômeno da violência doméstica. Ao culpabilizar ou patologizar a família, estamos reduzindo um problema de ordem pública à esfera do individual, negando o quanto os sujeitos se constituem e são constituídos nas e pelas relações sociais. Diversos são os fatores que desencadeiam a violência doméstica: um deles é o abuso do mais forte sobre o mais fraco.

Nesse sentido, transcender a culpabilização de indivíduos identificados/tratados como “doentes” ou “anormais” evidencia-se como um dos caminhos para que o Estado seja compelido a assumir suas responsabilidades. A patologização dos fenômenos concorre para sua manutenção e inviabiliza proposições de ordem pública.

Percebe-se, ainda hoje, que as práticas educativas na sociedade contemporânea não deixaram de incorporar castigos e punições físicas, evidenciando que as relações familiares comportam expressões contínuas e sistemáticas de violência.

Enquanto a violência continuar a figurar como forma de socialização e for aceita como disciplina, onde só seus excessos começam a chamar a atenção, e ainda, atribuída a pessoas com “doenças”, o Estado e a sociedade em geral continuarão a partilhar o pacto do silêncio sobre a violência doméstica contra a infância, atribuindo à família, caracterizada como disfuncional, desestruturada ou

patológica, a responsabilidade exclusiva pela reprodução da violência.

Para saber mais, leia:

- a Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014, conhecida como Lei Menino Bernardo, no site http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L13010.htm Se quiser saber o porquê do nome dessa lei, visite o site http://naobataeduque.org.br/lei-menino-bernardo/
- o Decreto n. 9.603, de 2018, que regulamenta a Lei n. 13.431 de 2017, e estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência.
- a Lei n. 12.978, de 21 de maio de 2014, que torna a violência e exploração sexual contra crianças e adolescentes como crime hediondo.

Com a intenção de enfrentar esse problema, vários países têm implementado leis para estabelecer o direito de crianças e adolescentes de serem educados e cuidados sem violência. Em 2014, no Brasil, a Lei Menino Bernardo acrescentou três artigos ao ECA, garantindo a crianças e adolescentes o direito de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou tratamento cruel ou degradante, por quaisquer pessoas (familiares, educadores e outros), como formas de correção, disciplina, educação ou qualquer outro pretexto.

A violência doméstica, como fenômeno social complexo, demanda uma intervenção com base na perspectiva interdisciplinar.

O trabalho interdisciplinar e interinstitucional deve se pautar em uma concepção clara sobre o significado de **proteção social**, na busca de superação da fragmentação das políticas sociais. Ele deve visar à construção de uma rede de proteção que otimize o oferecimento de serviços e favoreça a qualificação e a ampliação do atendimento. Podem assim ser destacados quatro campos fundamentais nesse processo de articulação: a saúde, a educação, a assistência e o jurídico.

O Conselho Tutelar (CT) é um dos mais criativos e importantes instrumentos de atuação e afirmação dos direitos da criança e do adolescente. Seu campo de atuação demanda uma interlocução constante com outros setores da sociedade que lidam com crianças e adolescentes. O trabalho conjunto constitui-se num dos principais desafios a ser enfrentado por esse órgão. O ECA, no artigo 131, o define como um órgão permanente e autônomo, não jurisdicional, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente (BRASIL, 1990).

Você pode ler mais sobre Conselho Tutelar. O ECA é uma importante fonte de informação e de consulta. Também busque saber mais no site: http://www.portaldoconselhotutelar.com.br

A assistência social vive hoje um momento propício para o fortalecimento de ações integradas. O Sistema Único de Assistência Social prevê, no seu nível de proteção especial, a atuação diante da violação de direitos por meio dos Centros de Referência Especializada de Assistência Social (Creas), enfatizando a necessidade do fortalecimento da rede de proteção social em âmbito regional. No que se refere à temática da violência doméstica, destaca-se como diretriz o aprofundamento da articulação com os Conselhos dos Direitos e os Conselhos Tutelares.

A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de **Seguridade Social** não contributiva, que prevê os mínimos sociais, realizada por meio de um conjunto integrado de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Caso Valéria

Valéria tem dois anos e esteve internada na enfermaria de pediatria por cerca de 45 dias, para tratamento de queimaduras na face, no tronco e no membro superior direito. Na ocasião, seu irmão de sete anos estava sozinho em casa com ela e, ao acender o fogão para esquentar a comida, o barraco pegou fogo. Após a alta, ocorrida há quatro meses, Valéria já foi internada por mais duas vezes, com quadro de asma e pneumonia. Hoje, Valéria foi trazida à consulta porque não está se alimentando adequadamente e sua mãe observou que ela vem comendo terra. Está desnutrida e com escabiose (doença de pele contagiosa – sarna). Seu cartão de vacinas apresenta-se desatualizado.

Se você quiser aprofundar as questões referentes à proteção social e assistência social, vá aos sites:

- http://www.desenvolvimentosocial.gov.br/
- https://www.rio.rj.gov.br/web/smasdh

Para saber mais sobre as ações do setor público e sobre o trabalho em rede, consulte:

- *Ações de prevenção dos acidentes e violência em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza*, Ceará, Brasil, de Augediva Maria Jucá Pordeus, Maria de Nazaré de Oliveira Fraga e Thaís de Paula Pessoa Facó (2003).
- *Famílias: parceiras ou usuários eventuais?*, coordenado por Suely Ferreira Deslandes, Simone Gonçalves Assis e Helena O. Silva (2004).

Para refletir

Que parcerias seriam necessárias para a melhor condução do caso?
Qual a melhor abordagem que a equipe de saúde poderia adotar para alcançar um desfecho positivo para o caso?
Que cuidados devem ser tomados em relação à notificação compulsória do caso?

8.2 Texto para reflexão sobre o caso Valéria

Segundo o Ministério da Saúde, a violência contra a criança e o adolescente é um evento de notificação compulsória em todos os serviços de saúde da rede SUS. Os objetivos principais da notificação seriam garantir a

abordagem dos casos nessas unidades de saúde, encaminhá-los aos CT e desenvolver parcerias entre as instituições envolvidas em cada situação detectada. Outros dois objetivos da notificação igualmente importantes seriam: a viabilização de um sistema de registro com informações mais fidedignas sobre a ocorrência do evento nos serviços e a possibilidade de monitoramento do atendimento destinado às vítimas e suas famílias.

Para realizar a notificação das situações suspeitas ou confirmadas de maus-tratos, os profissionais dispõem de uma ficha de notificação compulsória, que possui um fluxo já estabelecido. A elaboração dessa ficha foi um processo lento e cuidadoso, representando um importante marco ao incorporar um instrumento oficial à abordagem das situações de maus-tratos. Dessa forma, a notificação envolve, além do direcionamento aos conselhos tutelares, um encaminhamento às secretarias de saúde locais. Também está previsto que uma cópia da ficha fique arquivada na unidade que deu origem à notificação.

Para ampliar seus conhecimentos sobre alguns temas, leia:

- Sobre atendimento
    - *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*, da Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria. Coordenado por Renata Dejtiar Waksman, Mário Roberto Hirschheimer, Luci Pfeiffer (2018). Disponível em:

http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/LIVRO_FINAL-Manual_de_Atendimento_as_Criancas_e_Adolescentes_Vitimas_de_Violenciacompressed.pdf

- Sobre trabalho em rede
  - *Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica*, de Hebe Signorini Gonçalves, Ana L. Ferreira e Mario J.V. Marques (1999).
- Sobre detecção de casos por profissionais da saúde
  - *Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? – a experiência de um serviço público no Rio de Janeiro*, de Anna Tereza M. S. de Moura e Michael E. Reichenheim (2005).

Conforme disposto pelo Ministério da Saúde, o encaminhamento aos Conselhos Tutelares tem o objetivo de ampliar a rede de apoio oferecida às vítimas e suas famílias. Mesmo que as avaliações realizadas no âmbito da saúde sejam adequadas, outros desdobramentos se fazem necessários para que as vítimas possam receber a atenção devida.

A negligência é o tipo mais frequentemente identificado de maus-tratos contra a criança e está associada a elevados índices de morbimortalidade. Lembre-se de que a discussão sobre morbimortalidade é abordada no Capítulo 5 deste livro.

Considerada por alguns autores o tipo mais grave de violência, a negligência é capaz de interferir de forma devastadora nos parâmetros que integram o conceito amplo de saúde infantil. Trata-se de uma modalidade de difícil definição por envolver aspectos sociais e culturais, regionais e situacionais, que interferem no que pode ou não ser considerado negligência. Abarca uma enorme variedade de

condições, que vão desde a oferta inadequada de alimentos até a falta de carinho. Os atos envolvendo esse tipo de violência caracterizam-se por negação, abandono, ausência e omissão, inexistindo vontade ou possibilidade de cuidar da criança.

Para aprofundar as questões relativas à notificação compulsória leia o seguinte texto, que pode ser acessado no site indicado: “Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto”, de Ana Lúcia Donda Pires (2005), https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ses-23573

Na literatura, observam-se algumas tentativas de inibir as várias modalidades de negligência em dois subtipos: psicológico e físico. No primeiro tipo, estariam contempladas as formas de negligência que abrangem as ausências de cuidado, suporte, reforço positivo, além da limitação de oportunidades e estímulos para o desenvolvimento da criança. A negligência física seria caracterizada pela falta de moradia adequada, de segurança, limpeza, e pelo aporte inadequado de alimentos e vestimentas. Por fim, alguns autores sugerem outra modalidade, na qual as necessidades cognitivas da criança não seriam supridas adequadamente devido à ausência de oportunidades no âmbito da educação. Essa é classificada como negligência educacional.

Uma questão a ser considerada é: quem seria o responsável por prover os cuidados necessários ao bem-

estar da criança? Essa pergunta acaba por ampliar os possíveis perpetradores dessa modalidade de violência, já que frequentemente existem múltiplos atores envolvidos nos cuidados com a criança. A incapacidade dos membros de uma família ou comunidade em desenvolver relações positivas, vínculos e cuidados pode levar a importantes alterações no desenvolvimento emocional da criança.

Existem algumas dificuldades em abordar casos de negligência que estão relacionadas à avaliação dos aspectos sociais e econômicos da família. É importante analisar os recursos que cada família possui para prover as necessidades de suas crianças. Essa forma de abordar não se refere apenas aos aspectos financeiros da família, mas também às suas condições emocionais para criar vínculos entre seus membros. A precária inserção na sociedade, vizinhanças violentas e a baixa autoestima dos pais ou responsáveis são apenas algumas das dificuldades ou dos fatores que podem contribuir para o pouco cuidado.

Vale ressaltar que situações críticas, em que exista risco à vida, devem ser prontamente referidas ou encaminhadas. Nessas ocasiões, a internação hospitalar pode ser indicada por constituir o único local seguro para a criança, até que se resolvam as questões mais graves referentes ao cuidado da mesma.

Em situações suspeitas ou confirmadas de negligência, cabe à equipe de saúde ampliar e humanizar seu olhar diante do problema. Mais ainda: aspectos culturais e sociais devem ser respeitados, evitando-se julgamentos preconceituosos. Frequentemente as equipes se deparam com situações em que são necessários recursos para além do âmbito da saúde, em que o trabalho em rede e em parceria torna-se fundamental para o controle das situações identificadas. Assim como outras formas de maus-tratos, a negligência tem muitas raízes. Necessita de profunda avaliação quanto a sua gravidade, cronicidade e frequência.

A negligência é o tipo de maustratos mais frequentemente notificado pelos profissionais da saúde. Existem muitas dificuldades na abordagem de casos de negligência em unidades de saúde, diante da diversidade de recursos necessários à condução dos casos.

Para refletir

Na ausência de cuidados adequados dos familiares ou cuidadores, quem é o responsável por assegurar os direitos da criança?
Como identificar se estamos diante de um caso de negligência ou carência socioeconômica e cultural?
Como na maioria das vezes é a mãe que leva a criança à consulta, ela frequentemente é reconhecida como autora do ato de negligência identificado (a "agressora"). Qual o sentimento da equipe de saúde diante dessa maior culpabilização da mãe diante de tais situações?

Caso Rafael e Leandro

Rafael tem seis anos de idade. Ao voltar para casa com a mãe, após uma festa na casa de vizinhos, caminhava com dificuldade. Rafael dizia que estava "com dor no bumbum". A mãe resolveu olhar o local da dor e verificou que a região em torno do ânus estava vermelha. Havia raias de sangue na cueca da criança. Ela levou Rafael ao serviço de saúde, onde a criança foi entrevistada e contou que um vizinho, Leandro, de 15 anos, havia tentado fazer sexo anal com ele. O médico verificou que havia fissura anal recente.

Para refletir

Esse tipo de contato ocorrido entre uma criança e um adolescente se configura como abuso sexual ou podemos considerar que houve apenas um jogo sexual entre eles?
A conduta do profissional da saúde, perguntando à própria criança o que aconteceu, é sempre indicada?
Como deve ser conduzido esse caso, em relação à criança e ao adolescente?

8.3 Texto para reflexão sobre o caso Rafael e Leandro

O abuso sexual tem sido mais frequentemente identificado em meninas, embora cada vez mais seja notificado esse tipo de violência em meninos. Se, por um lado, as vítimas do sexo masculino não revelam suas experiências (por negarem que elas tenham sido abusivas, por vergonha ou por medo das consequências negativas), por outro, os profissionais da saúde identificam menos o abuso sexual em homens, apesar de os efeitos se mostrarem semelhantes em ambos os sexos.

A entrevista é uma oportunidade não apenas de obter dados para orientar o exame físico, os exames complementares e outras medidas gerais, como também de estabelecer relação com os responsáveis e a criança. Toda a literatura é unânime em relação à importância da entrevista (anamnese), por ser ela, na maioria das vezes, o único dado positivo sobre a ocorrência do abuso sexual. Acrescenta-se a isso o fato de os dados colhidos por meio de uma entrevista profissional serem considerados, no processo legal, de maior peso que os relatos de familiares, por exemplo.

Propõe-se que o profissional prepare a família e a criança no início do atendimento, advertindo que a entrevista será em conjunto inicialmente e, em seguida, cada qual será atendido separadamente. Assim, sempre que o profissional

perceber qualquer situação da qual a criança precise ser protegida, a sugestão de seu afastamento do ambiente transcorrerá de forma mais fácil e natural. A entrevista da vítima é importante para esclarecimento do abuso sexual e deve ser realizada caso o profissional considere que a criança está apta para o procedimento (inclusive emocionalmente). Antes de proceder à entrevista com a criança, deve-se conhecê-la, verificar seu nível de desenvolvimento cognitivo e identificar os nomes pelos quais conhece as partes de seu corpo. As perguntas devem ser abertas e tentar esclarecer as experiências vivenciadas de forma apropriada ao seu nível de desenvolvimento, evitando acusações a qualquer pessoa em particular.

Alguns tipos de violência sexual

- Abuso sexual doméstico ou intrafamiliar incestuoso
  Quando existe um laço familiar ou de responsabilidade entre a vítima e o agressor.
- Abuso sexual extrafamiliar
  Geralmente o abusador é alguém em quem a vítima confia como educadores, médicos, colegas, vizinhos, psicólogos. Há também casos de abusos por desconhecidos.
- Abuso sexual sem contato físico
  Assédio, ameaças e chantagens, conversas abertas, exibicionismo, voyeurismo, pornografia.
- Abuso sexual com contato físico
  Carícias nos genitais, tentativas de relação sexual, sexo oral, penetração vaginal e anal.
- Pedofilia
  Atração erótica por crianças, podendo o pedófilo se satisfazer com fotos, fantasias ou com o ato sexual.
- Exploração sexual comercial ou prostituição
  Relação sexual em troca de favores e dinheiro.

- Pornografia
  Uso e exposição de imagens eróticas, partes do corpo ou práticas sexuais entre adultos e crianças, com outros adultos ou com animais, em revistas, livros, filmes, internet. Esse crime diz respeito a quem fotografa e a quem mostra as imagens.
- Turismo sexual
  Caracterizado por excursões com fins velados ou explícitos de propiciar prazer e sexo a turistas.
- Tráfico para fins de exploração sexual
  Envolve sedução, aliciamento, rapto, intercâmbio, transferência, hospedagem para posterior atuação das vítimas.

Cerca de 20% dos casos de abuso sexual de crianças são praticados por adolescentes. O abuso sexual praticado por esses jovens pode representar uma expressão de agressividade, apontando para a necessidade de intervenção que identifique possíveis fatores que os levaram a condutas desse tipo. É comum, no entanto, que os pais do adolescente que cometeu o abuso tentem poupá-lo de responder por seus atos. Cabe ao profissional, então, conscientizá-los sobre a importância da responsabilização e do tratamento para que o adolescente, uma pessoa ainda em formação, tenha a possibilidade de aprender a assumir responsabilidades e de reverter atitudes danosas à saúde e à vida.

Na maioria das vezes, as crianças não estão mentindo quando relatam participação em práticas sexuais.

Ações precipitadas por parte dos profissionais podem prejudicar todo o processo de esclarecimento e a condução das situações de abuso sexual.

A abordagem terapêutica do abuso sexual contra a criança, em suas várias formas, é principalmente baseada na tentativa de combinar cuidados e proteção para a vítima com o tratamento para todo o grupo familiar no qual ocorreu o abuso.

Caso Francileide

Francileide é uma adolescente de 15 anos que foi abusada sexualmente desde os nove, pelo pai. Algumas vezes, ela tentou falar com sua mãe, que não conseguia escutá-la e desconversava quando ela mencionava o assunto. Francileide foi encaminhada para tratamento psicoterapêutico por sua professora, que percebeu mudanças extremas em seu comportamento: falta de interesse e queda nas atividades escolares, retraimento e agressividade nos contatos com os colegas de classe. Francileide só estabeleceu uma relação de confiança com o terapeuta depois de vários meses. Quando isso aconteceu, começou a falar dos seus sentimentos e dos comportamentos ambíguos que viveu. Em alguns momentos, falava com horror das situações de contato sexual com seu pai. Dos sentimentos de angústia e impotência, principalmente nas ocasiões em que pensava pedir ajuda, uma vez que a pessoa que mais a ajudava nas situações difíceis, a pessoa a quem normalmente ela recorria para ajudá-la, era o próprio pai. “Eu olhava pra ele e via que aquele a quem eu queria pedir ajuda era a pessoa que estava fazendo aquilo comigo”, dizia. Em outros momentos, dizia que muitas vezes, sem saber bem por que, era ela que se aproximava do pai, que se sentia a “escolhida”, a “preferida” e que chegava a colocar uma camisola provocante para chamar sua atenção. Mostrava ter muita vergonha dessa sua atitude e, no fundo, não entendia o que sentia.

Francileide falou inúmeras vezes de como desejava e, ao mesmo tempo, temia que essa situação fosse descoberta.

Se você quiser aprofundar as questões relativas a abuso sexual, consulte a *Norma técnica atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios,* Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres (2015). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_pessoas_violencia_sexual_norma_tecnica.pdf

---

Para refletir

Quais os sentimentos da equipe após escutar o caso?
O fato de Francileide dizer que, em alguns momentos, provocava o contato com o pai traz que tipos de mudanças na forma de ver o caso?
Como deve ser a abordagem com Francileide? E com sua mãe? E com seu pai?
As instâncias da justiça, da saúde e da assistência devem estar presentes nesse caso? Para quem encaminhar e em qual momento?

8.4 Texto para reflexão sobre o caso Francileide

A violência sexual doméstica acontece de forma mais frequente dentro da própria família e raramente se manifesta num episódio isolado, único. Faz diferença tanto para a criança quanto para a família, a violência ter sido realizada por alguém a quem se atribuía certo tipo de

confiança. Na maior parte das vezes, o autor é o próprio pai ou alguém que ocupa o lugar de uma referência paterna.

Frequentemente, a violência é somente uma das diversas formas de relação entre essas pessoas, o que significa que estão intensamente presentes sentimentos contraditórios de amor e ódio, respeito e desprezo, confiança e medo.

Faz diferença se a criança ou o adolescente viveu um ato isolado ou uma situação continuada, se o autor era alguém de referência deles ou não. Os cuidados que se seguiram após a revelação (se acreditaram, se protegeram, se desconsideraram) também influenciam, retroativamente, o que foi vivido na época do abuso. A gravidade subjetiva de uma situação de violência só pode ser aferida a partir das consequências que surgem. Uma situação aparentemente grave pode não ter consequências tão graves para determinada criança, e outra aparentemente menos grave pode ter efeitos de maior desorganização.

Sinais físicos e/ou psicológicos podem indicar que uma criança ou um adolescente estejam sendo abusados sexualmente. No entanto, é muito importante saber que não é apenas um sinal, mas um conjunto deles que pode apontar quando uma criança ou um adolescente não está bem. Mas esses sinais não revelam necessariamente que eles estejam sendo abusados. Uma adolescente que esteja sendo abusada pode passar a ter um comportamento agressivo ou retraído, mas sabe-se também que a irrupção dessa atitude não é incomum no período da adolescência. O profissional deve estar atento para não ser negligente, mas também é muito importante que os sinais não sejam precipitadamente transformados em certeza.

Toda criança e todo adolescente devem ser bem acolhidos quando chegam a um serviço de saúde. Uma situação de suspeita de violência sexual requer cuidados e traz consequências, independentemente de ter acontecido ou não. É necessário que a criança e o adolescente possam estabelecer uma relação mínima de confiança com o

profissional para poderem falar sobre o que lhes aconteceu. A confiança que pode ser estabelecida de imediato muitas vezes também demora a acontecer, pois cada criança tem um tempo e um modo singular para poder falar sobre o que viveu. O profissional não deve deixar que sua vontade de ajudar acabe atropelando o paciente, pois a forma como ele irá abordar a questão pode permitir ou impedir que a criança venha a falar sobre o que lhe aconteceu. Se ela se sentir forçada a falar, isso pode levá-la a se retrair. Também é importante que os pais sejam bem acolhidos, mesmo no caso de ele(s) ser(em) o(s) autor(es) da violência.

Sabemos que uma criança ou um adolescente pode viver em uma situação de violência doméstica durante um longo período sem conseguir pedir ajuda. Quando algum pedido é sinalizado, é muito importante que esse apelo seja escutado e tenha, como consequência, desdobramentos em cuidados ligados à saúde, à instância jurídica e/ou à educação.

No caso de Francileide, percebe-se que durante anos sua mãe não pôde ocupar, em relação à situação do abuso, um lugar de garantia de cuidados para com a filha. Dessa forma, torna-se necessária uma intervenção jurídica – para interromper a situação violenta e que introduza também a importância de a mãe e o pai virem a se responsabilizar juridicamente por seus atos; e uma intervenção no campo da saúde mental – que possibilite a construção de uma nova forma de funcionamento em que eles possam vir a ocupar suas funções de mãe e de pai.

Pode-se dizer que faz diferença um caso de violência doméstica chegar para atendimento tendo passado ou não por uma instância jurídica. Não é simples para o profissional da saúde perceber a melhor forma e o melhor momento de fazer uma notificação. Um profissional que se depara com a constatação ou suspeita de que uma criança ou um adolescente esteja sofrendo uma situação de violência, muitas vezes precisa de uma rede com a qual ele não conta de saída. É importante que isso não faça com que ele caia

em uma situação de impotência – pensando que não há nada a fazer – ou de onipotência – como se ele pudesse resolver sozinho toda a situação.

Se, como foi dito, é importante que o profissional possa contar com uma rede de apoio – tanto para encaminhar para outras instâncias quanto para dividir as dificuldades em relação a sua intervenção –, a criança, o adolescente e seus familiares também podem necessitar de ajuda para sair de uma situação de isolamento, fato comum em casos de abuso sexual.

Como no caso de Francileide, é fundamental que o paciente possa encontrar um lugar de escuta, em que possa falar da ambiguidade de seus sentimentos – odiar, mas também amar o pai –; e do lugar que ocupou na situação de violência – sentir-se "vítima", mas também "culpado". O tratamento psicoterapêutico, se bem-sucedido, possibilitará que a criança ou o adolescente possa se descolar desses lugares estanques de vítimas ou de culpados – ou seja, supervalorizar algum tipo de participação –, para que possa construir relações que não estejam necessariamente baseadas nessa polaridade que muito facilmente se coloca em uma situação de violência.

É também fundamental que o profissional possa ouvir aquele que cometeu uma violência. Para que esse sujeito possa estabelecer uma relação de confiança, podendo falar tanto do ato de violência quanto de seus medos, inseguranças e dificuldades, é necessário que o fato não seja reduzido ao ato violento cometido. É dessa forma que se dá ao autor da agressão a oportunidade de criar outros tipos de relações que não passem pela violência. Independentemente de um espaço de escuta, muitas vezes é necessário afastar, da criança e/ou do adolescente, o autor do ato violento. Isso vai depender de cada caso, principalmente da estrutura familiar em que a criança ou o adolescente esteja inserido. Existem situações extremas nas quais não há nem mesmo condição de a criança encontrar

esporadicamente o autor. Em outras, o fato de aquela situação ter-se tornado pública possibilita mudanças na posição dos envolvidos, podendo ocasionar o resgate de uma relação de confiança e afeto.

Para saber mais sobre o tema crianças e adolescentes vítimas de violência, leia:

- *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmicas de violência doméstica contra crianças e adolescentes*, coordenado por Suely Ferreira Deslandes, Simone Gonçalves de Assis e Helena O. Silva (2004).
- *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais da saúde: um passo a mais na cidadania em saúde*, do Ministério da Saúde (2002).
- *Ficha de notificação/ investigação individual (violência doméstica, sexual e/ou outras violências)*, do Ministério da Saúde (2006). Disponível em: http://www.crianca.mppr.mp.br/arquivos/File/combate_violencia/ficha/ficha_notificacao_violencia_domestica_sexual_interpessoal_ms_2010.pdf
- *Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência*, escrito por Milica Satake Noguchi, Simone Gonçalves de Assis e Nilton Cesar dos Santos (2004).

Para refletir

Considerando a ausência de uma rede de apoio, que possibilidades você teria, como profissional, para atuar nesse caso?
E as possibilidades de abordagem no seu serviço?
Como você e seu serviço poderiam estabelecer comunicação com outras instituições para trabalharem o atendimento em rede?

- Poucos serviços de atenção a vítimas de violência atendem familiares agressores, especialmente, quando são homens e estão envolvidos em abuso sexual.
- Separar o autor da agressão do convívio familiar pode contribuir para uma rotulação desse sujeito, fazendo-o crer que falhou irreversivelmente no seu papel de cuidador. O estigma de "agressor" pode se transformar num desígnio a ser cumprido, num comportamento que será reproduzido em atos futuros.
- A responsabilização judicial desse indivíduo pela violência praticada interrompe a "licença para maltratar". Entretanto, sem o efetivo acompanhamento terapêutico, essa ação não será (re)significada, ficando apenas no âmbito da punição legal.
- Para a maioria da sociedade, a responsabilização judicial do autor da violência significa apenas fazer com que ele "pague" por seus atos, deixando de lado qualquer visão mais ampla e compreensiva sobre a atenção a esse indivíduo.
- Atualmente, todo profissional que atua no campo da saúde, da educação e/ou da justiça, se estiver atento, vai se deparar com situações de violência em seu cotidiano de trabalho.

- Em um caso de abuso sexual, a violência psicológica habitualmente está presente. Mas nem sempre isso ocorre: um bebê violentado, por exemplo, pode nem se dar conta do que aconteceu. É importante distinguir o trauma emocional que ocorre após a maioria dos abusos sexuais (muitas vezes decorrente de reações dos próprios familiares) do abuso psicológico concomitante ao abuso sexual (por meio de ameaças, segredos, pressões etc.). Ambas as situações devem ser alvo da atenção dos profissionais da saúde.
- Se a **notificação** não perder o seu caráter de proteção, ela será realizada de forma mais precisa pelos profissionais e será mais bem acolhida pelos envolvidos na situação de violência.

Caso Dayvson

Dayvson, 14 anos, negro, cursando a 6ª série, foi ao posto de saúde levado pela mãe, que reclamava do fato de ele andar triste, isolado, sempre trancado no quarto. Relatou que sempre foi bom aluno, mas, no último ano, começou a ter dor de barriga diariamente antes de ir para a escola, passando a chegar atrasado e a faltar – quase repetiu o ano. Durante a consulta com o clínico, Dayvson falou pouco, mas ao ser perguntado pelo Dr. João sobre o problema da acne, o adolescente se abriu, mostrando-se preocupado, perguntando ao médico se existe um tratamento para esse problema. Sem mais demora, Dr. João conclui o exame físico sem observar outras anormalidades, solicitou o exame parasitológico de fezes (EPF) e encaminhou Dayvson ao dermatologista.

Para refletir

Como você avalia o atendimento prestado a Dayvson? Que outras questões poderiam ter sido investigadas durante a consulta?

Dayvson volta à consulta

Dayvson voltou à consulta um mês depois, acompanhado da mãe, com o resultado do EPF: negativo. A consulta na dermatologia estava marcada para dali a dois meses. Enquanto esperava a consulta, foi convidado a participar de um grupo na sala de espera, onde uma assistente social falava sobre os serviços da unidade, tirava dúvidas e convidava as pessoas a participarem dos grupos de reflexão. Chegado o dia da consulta, foi então recebido pela Dra. Clara, que pediu gentilmente à mãe para esperar do lado de fora, de modo que ela pudesse conversar melhor com Dayvson. Incentivou o rapaz a falar sobre sua vida, sua relação com a família, a escola e os amigos, sobre seus desejos e como se percebia como pessoa. Dayvson revelou sentir-se feio, dizendo ter poucos amigos e que foi apelidado, na escola, de "pé-de-moleque", o que chama atenção para o seu problema de pele e o deixa muito infeliz, a ponto de não querer ir às aulas. Vive passando pomadas, mas, como não melhora, os colegas ficam "zoando". Diz ter vontade de se aproximar das meninas, mas fica sem coragem.

Para saber mais sobre raça/ etnia, consulte os textos:

- *Onde você guarda seu racismo?*, de Maurício Santoro (2004). Disponível em: https://pt.slideshare.net/guesta7e113/ondevoce-guarda-o-seu-racismomauricio-santoro
- *Saúde da população negra: Brasil ano 2001*, de Fátima Oliveira (2002). Disponível em: www.opas.org.br/publicmo.cfm?codigo=68
- *Discriminação racial nas escolas: entre a lei e as práticas sociais,* de Hédio Silva Junior (2002). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Discrimina_racial.pdf

Para refletir

Que fatores estão causando a solidão de Dayvson?
Qual a diferença na abordagem do caso pela doutora Clara e pelo doutor João?
Que ações a equipe de saúde e a escola podem desenvolver em relação a esse caso?

8.5 Texto para reflexão sobre o caso Dayvson

8.5.1 Violência entre estudantes – *bullying*

A violência entre estudantes, também chamada de *bullying*, é motivo de grande preocupação quando acontece de forma repetida e envolve desequilíbrio de poder. Embora gere grande angústia para as vítimas, essa situação costuma ser pouco valorizada pelos adultos, que muitas vezes só se mobilizam quando as consequências são trágicas. É um problema mundial, que perpassa todas as classes sociais, e

acontece em praticamente todas as escolas. Os meninos têm maior chance de se envolver do que as meninas.

Torna-se importante reconhecer os sinais de violência, de forma a intervir precocemente, pois o *bullying* pode comprometer o futuro de todos os envolvidos, sejam eles autores, alvos ou testemunhas.

O *bullying* se expressa de diferentes maneiras: implicar, colocar apelidos, excluir do grupo, intimidar, assediar, humilhar, difamar, agredir fisicamente são algumas das formas. Alguns sinais podem indicar que a criança ou o adolescente está sendo alvo de *bullying*: aparecer em casa com as roupas rasgadas, com feridas sem explicação, não querer ir para a escola ou participar de atividades com os colegas, chegar da escola triste ou de mau humor. Os alvos do *bullying* são pessoas inseguras, com pouca habilidade para fazer cessar a violência. Sua baixa autoestima é agravada pelas críticas que recebe e pela indiferença dos adultos. Têm maiores chances de apresentar sentimentos de angústia, tristeza e solidão, depressão e ideias suicidas.

Para saber mais sobre atividades de grupo e protagonismo juvenil, leia:

- *Saúde do adolescente: adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação*, do Ministério da Saúde (2000). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/capa_adolescentes.pdf
- *Protagonismo juvenil: caderno de atividades*, do Ministério da Saúde, em 2001. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protagonismo_juvenil.pdf

Alguns fatores comumente estão associados aos agressores: impulsividade, dificuldade de seguir regras e de lidar com a frustração, pouca empatia. Frequentemente pertencem a famílias com pouca afetividade, onde se usa a violência como solução de conflitos. Os autores de agressão têm maior chance de repetir o ano ou sair da escola, de fumar, beber, se envolver em conflitos ou delinquência. E as testemunhas também sofrem com o ambiente de violência, demonstram insegurança sobre o que fazer e têm medo de se tornar a próxima vítima.

Para lidar com os alvos de *bullying*, a primeira providência é sempre valorizar a queixa e o sofrimento, demonstrando desejo de ajudar. O atendimento, sempre que possível, deve envolver a criança ou o adolescente, a família e a comunidade escolar. É fundamental que a escola promova discussões sobre o fenômeno, tornando os professores mais atentos e buscando estratégias para melhorar o relacionamento entre os alunos. Os autores de agressão, assim como os alvos, também merecem especial atenção.

Para refletir

Você já vivenciou ou tomou conhecimento de algum caso de *bullying*? Que encaminhamentos foram dados ao caso?

8.5.2 O atendimento do adolescente

A consulta com o adolescente deve possibilitar um momento de privacidade, de maneira a favorecer a expressão de sentimentos. O adolescente tem direito ao sigilo e à confidencialidade das informações. Isso só deve ser

rompido nas situações previstas por lei (notificação de situações de maus-tratos ao Conselho Tutelar) ou de risco à vida.

A entrevista precisa respeitar a singularidade de cada jovem, evitando formatos rígidos. Para que se possa conhecer o adolescente na sua integralidade é fundamental criar um ambiente acolhedor, no qual o jovem se sinta à vontade para falar sobre sua vida, seus sonhos, seus projetos para o futuro, sua relação com a família, com amigos, sobre escola, trabalho e lazer. É importante que o profissional deixe claro para o jovem a sua disponibilidade em escutá-lo, sem fazer julgamentos.

Mais informação sobre prevenção da violência junto aos rapazes você encontra em:

- *Da violência para a convivência*, do Instituto Promundo (2001). Disponível em: https://www.yumpu.com/pt/document/read/12632071/da-violencia-para-aconvivencia-promundo

Para saber mais sobre organização de serviços para adolescentes, leia o documento:

- *Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde*, do Ministério da Saúde (2007), no site: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescentes_jovens.pdf

Ao final da consulta, deve-se combinar com o jovem o que será dito pelo médico aos seus responsáveis, para não romper o vínculo de confiança. É interessante que a família seja envolvida e que o atendimento contribua para facilitar o diálogo entre seus membros.

O atendimento em grupo é uma excelente estratégia para desenvolver habilidades e favorecer a expressão de sentimentos, a socialização de informações e a formação de redes afetivas. É interessante fazer uso de metodologias participativas que permitam a convivência com diferentes opiniões e o respeito às diferenças, contribuindo para a equidade nas relações étnico-raciais e de gênero, bem como para a prevenção da homofobia.

8.6 Recomendações gerais sobre a violência contra a criança e o adolescente

- A violência doméstica é um fenômeno social complexo que precisa ser enfrentado por diferentes instituições sociais, de forma articulada. É importante que se desenvolvam parcerias e contatos com outras instituições para melhor acolhimento e condução dos casos de violência familiar contra a criança e o adolescente.
- Os casos de violência contra a criança necessitam de uma avaliação ampliada, com participação de várias categorias profissionais.
- O profissional da saúde deve priorizar a assistência à criança e à sua família, e às medidas de proteção.
- Os profissionais precisam estar sensibilizados e capacitados para reconhecer e abordar de forma

empática as situações de negligência detectadas.

- O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) prevê que os casos suspeitos ou confirmados de violência contra a criança e o adolescente sejam notificados ao Conselho Tutelar ou à autoridade competente da localidade (BRASIL, 2003).
- É necessária uma discussão ampla sobre os desfechos positivos que a equipe de saúde pretende alcançar, evitando medidas precipitadas que podem acabar por afastar a família.

8.7 Referências

BARKER, G. (coord.). *Esfria a cabeça, rapaz!* : uma cartilha para rapazes sobre a violência contra mulheres. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2003.

BRANCO, V. M. C. *Notificação dos maus-tratos*: uma estratégia de proteção a crianças e adolescentes. Rio de Janeiro: SMS, 2006.

BRASIL. *Decreto n. 9.603, de 10 de dezembro de 2018*. Regulamenta a Lei nº 13.431, de 4 de abril de 2017, que estabelece o sistema de garantia de direitos da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência. Brasília, DF: Presidência da República, 2018. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Decreto/D9603.htm. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei n. 12.978, de 21 de maio de 2014. Altera o nome jurídico do art. 218-B do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940-Código Penal; e acrescenta inciso ao art. 1º da Lei nº 8.072, de 25 de julho de 1990, para classificar

como hediondo o crime de favorecimento da prostituição ou de outra forma de exploração sexual de criança ou adolescente ou de vulnerável. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 22 maio 2014a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2014/Lei/L12978.htm. Acesso em: 8 out. 2014.

BRASIL. Lei n. 13.010, de 26 de junho de 2014. Altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), para estabelecer o direito da criança e do adolescente de serem educados e cuidados sem o uso de castigos físicos ou de tratamento cruel ou degradante, e altera a Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 27 jun. 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Normas para tratamento de violência sexual de mulheres e adolescentes*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protagonismo juvenil*: caderno de atividades. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde do adolescente*: adolescentes promotores de saúde: uma metodologia para capacitação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde integral de adolescentes e jovens*: orientações para a organização de serviços de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. (Série A. Normas e manuais técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Notificação de maus-tratos contra crianças e adolescentes pelos profissionais de saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série A. Normas e manuais técnicos, 167).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005c. (Série A. Normas e manuais técnicos. Série Direitos sexuais e direitos reprodutivos, caderno 6).

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Norma técnica*: atenção humanizada às pessoas em situação de violência sexual com registro de informações e coleta de vestígios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, Ministério da Justiça, Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2015. Disponível em: http://www.spm.gov.br/central-de-conteudos/publicacoes/publicacoes/2015/normatecnica-versaoweb.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SILVA, H. O. (coord.). *Famílias*: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: Claves: UNICEF, 2004.

FERREIRA, A. L. Acompanhamento de crianças vítimas de violência: desafios para o pediatra. *Jornal de Pediatria*, Porto Alegre, v. 81, n. 5, p. 173-180, 2005. Suplemento.

FRANCO, F.; RIBEIRO, P. M. C. M.; GRYNER, S. A. (org.). *A violência começa quando a palavra perde o valor*. Rio de Janeiro: NAV, 2004.

GALEANO, E. *O livro dos abraços*. Porto Alegre: L&PM, 1991.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L. A notificação da violência intrafamiliar contra crianças e adolescentes por profissionais de saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 315-319, 2002.

GONÇALVES, H. S.; FERREIRA, A. L.; MARQUES, J. V. Avaliação de serviço de atenção a crianças vítimas de violência doméstica. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 33, n. 6, p. 547-553, 1999.

INSTITUTO PROMUNDO. *Da violência para a convivência*. Rio de Janeiro: Instituto Promundo, 2001. (Trabalhando com homens jovens, 3). Disponível em: http://www.promundo.org.br/Downloads/PDF/DaViolenciaparaConvivencia.pdf. Acesso em: 1 fev. 2007.

LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

MOURA, A. T. M. S.; REICHENHEIM, M. E. Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde?: a experiência de um serviço público do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1124-1133, 2005.

NOGUCHI, M. S.; ASSIS, S. G.; SANTOS, N. C. Entre quatro paredes: atendimento fonoaudiológico a crianças e adolescentes vítimas de violência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 963-973, 2004.

NORONHA, J. C.; SOARES, L. T. A política de saúde no Brasil nos anos 90. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

OLIVEIRA, F. *Saúde da população negra*: Brasil ano 2001. Brasília, DF: OPAS, 2002.

PIRES, A. L. D. Maus-tratos contra crianças e adolescentes: avaliação das notificações compulsórias no município de São José do Rio Preto. *BEPA*, São Paulo, v. 2, n. 24, 2005.

PORDEUS, A. M. J.; FRAGA, A. M. J.; FACÓ, T. P. P. Ações de prevenção dos acidentes e violência em crianças e adolescentes, desenvolvidas pelo setor público de saúde de Fortaleza, Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1201-1204, 2003.

ROCHA, E. G.; PEREIRA, J. F. Descentralização participativa e a doutrina da proteção integral da criança e do adolescente. *Revista da UFG*, Goiânia, v. 5, n. 2, 2003. Disponível em: http://www.proec.ufg.br. Acesso em: 24 nov. 2008.

SAFFIOTTI, H.; ALMEIDA, S. S. *Violência de gênero*: poder e impotência. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.

SANTORO, M. Onde você guarda seu racismo? *Revista Democracia Viva*, Rio de Janeiro, n. 4, 2004.

SILVA JÚNIOR, H. *Discriminação racial nas escolas*: entre a lei e as práticas sociais. Brasília, DF: UNESCO, 2002.

SPOSATI, A. Especificidade e intersetorialidade da política de assistência social. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 77, p. 30-53, 2004.

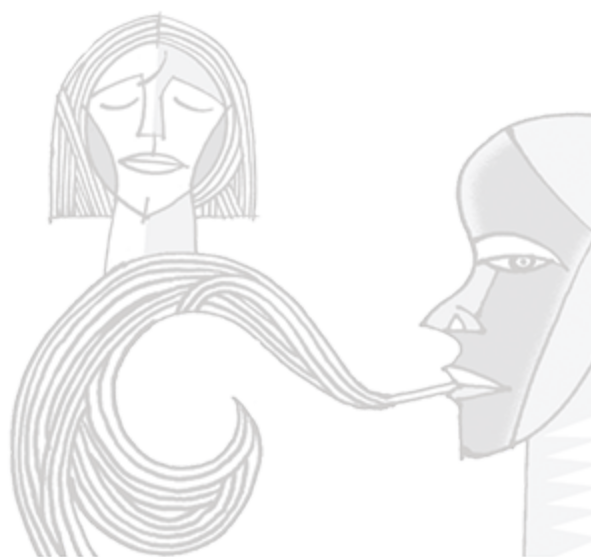
SPOSATI, A. *A menina LOAS*: um processo de construção da assistência social. São Paulo: Cortez, 2004.

YAZBEK, M. C. As ambigüidades da assistência social brasileira após dez anos de LOAS. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 77, 2004.

VASCONCELOS, E.; MORGADO, R. *Subsídios analíticos e metodológicos na lógica do Sistema Único da Assistência*. Rio de Janeiro: SUAS/ Programa de Atendimento Integral à Família: PAIF: Secretaria da Família e da Assistência Social, 2005.

WAKSMAN, Renata Dejtiar; HIRSCHHEIMER, Mário Roberto; PFEIFFER, Luci. *Manual de atendimento às crianças e adolescentes vítimas de violência*. 2. ed. Brasília, DF: Sociedade de Pediatria de São Paulo: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2018. Disponível em: http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/LIVRO_FINAL-Manual_de_Atendimento_as_Criancas_e_Adolescentes_Vitimas_de_Violencia-compressed.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

9. Violência de gênero na vida adulta

Carlos Eduardo Zuma, Corina Helena Figueira Mendes, Ludmila Fontenele Cavalcanti, Romeu Gomes, Marcos Nascimento

Este capítulo tem como objetivo estimular o aluno a refletir sobre a violência na fase adulta da vida, a partir de uma perspectiva de gênero. A metodologia adotada foi a apresentação de casos, textos de apoio, vídeos e indicação de bibliografia adicional.

O capítulo está dividido em duas partes: a primeira trata da violência de gênero contra as mulheres, mostrando que esse é um desafio para os profissionais da saúde, e a segunda mostra um olhar sociocultural sobre os homens e a violência. Finaliza com um exercício englobando todo o conteúdo.

Violência de gênero

Caracteriza-se por qualquer ato que resulte em dano físico ou emocional, perpetrado com abuso de poder de uma pessoa contra outra, em uma relação pautada em desigualdade e assimetria entre os gêneros. Pode ocorrer nas relações íntimas entre parceiros, entre colegas de trabalho e em outros espaços relacionais.

Violência contra parceiros íntimos

É o conceito utilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para violência contra parceiros que ocorre em todas as sociedades e camadas sociais. Inclui atos de agressão física, relações sexuais forçadas e outras formas de coerção sexual, maus-tratos psicológicos e controle de comportamento. Pode ocorrer em ambos os sexos, em parceiros do mesmo sexo, mas as mulheres são mais vitimizadas, especialmente nas sociedades em que as desigualdades entre homens e mulheres são mais marcantes (KRUG *et al*., 2002).

Por gênero, entendemos a modelação por meio de atributos culturais associados ao sexo e às suas peculiaridades biológicas. Em outras palavras, definimos como gênero os modelos socialmente construídos acerca do que vêm a ser homem e mulher. Esses modelos costumam ser ancorados em hierarquias e desigualdades, estabelecendo relações de poder entre os sexos. Em geral, aos homens são atribuídos papéis que os colocam numa posição superior à das mulheres. Nesse cenário, são muitas as cobranças e pressões (físicas, psicológicas e sociais) para que as mulheres atendam ao poder dos homens, considerado “natural”, facilitando que sejam frequentemente vitimadas pelos homens nas relações interpessoais.

Estudos vêm mostrando que homens e mulheres sofrem violência de gênero. O homem pode cometer violências contra outros homens e contra si próprio para afirmar sua masculinidade. Pode também ser aprisionado, sem perceber,

pelas cobranças sociais que o colocam em constante tensão e em permanente necessidade de ter que demonstrar a sua masculinidade (GOMES; MINAYO; SILVA, 2005).

Para mais detalhes sobre esse tema, leia o artigo "Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das relações de gênero", de Romeu Gomes, Maria Cecília de Souza Minayo e Cláudio Felipe Ribeiro da Silva (2005), publicado no livro *Impactos da violência na saúde dos brasileiros*, disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/impacto_violencia.pdf

Por último, não podemos desconsiderar, como violências de gênero, aquelas cometidas por mulheres contra os homens e as cometidas nas relações entre as mulheres. Assim, as relações violência-gênero, atravessadas por questões de classe social, raça/etnia, geração e de filiação a grupos, podem fazer com que homens e mulheres se envolvam em atos violentos, como vítimas ou como autores, para afirmar identidades masculinas e femininas, socialmente construídas.

9.1 Violência de gênero contra as mulheres: um desafio para os profissionais da saúde

Mulheres de Atenas
Chico Buarque

[...] Elas não têm gosto ou vontade
Nem defeito, nem qualidade
Têm medo apenas
Não têm sonhos,
Só têm presságios [...].

Fonte: Buarque ([2018]).

Você encontra a letra completa dessa composição no site: https://www.letras.mus.br/chico-buarque/45150/

Caso Ainda há tempo

Cena 1

Marilene, 53 anos, professora primária aposentada, nasceu no interior de Minas Gerais. Casada há 35 anos com Romualdo, tem três filhos – “dois homens e uma menina”, como ela diz. A filha, a última a ir embora, vive em outra cidade e está grávida. Romualdo é policial militar e trabalha em sistema de plantões. Às vezes, ele bebe um pouco nas suas folgas, mas sempre em casa, “para não desmoralizar a corporação”. Para muitos que os conhecem, a família deles é “perfeita”, o que é motivo de orgulho para Romualdo, que, apesar dos anos de farda e de ver toda sorte de maldade, diz não ter se acostumado com a falta de valores morais dos dias atuais. No entanto, a vida de Marilene não é um mar de rosas. Desde o namoro, Romualdo é ciumento, e o fato de ela ter trabalhado fora por tantos anos sempre foi motivo para cobranças e ofensas.

Apesar disso, ela o considera um bom marido. Afinal, para Romualdo, a família vem em primeiro lugar e ele nunca deixou faltar nada em casa.
Mas de uns tempos para cá, a vida de Marilene parece estar "mais pesada", dando a impressão para as pessoas de que ela está desligada ou triste. Desde o casamento de Larissa, sua caçula, a casa ficou mais vazia, silenciosa e, às vezes, Marilene passa o dia sem conversar com ninguém. Suas companhias são a televisão e Dotinha, uma cachorrinha que seus filhos trouxeram para casa há mais de 12 anos. Ela também está velha e já não quer mais sair para dar os longos passeios das duas. Agora, Marilene percebe que ela, Dotinha, é quem levava Marilene para dar uma volta e ver o mundo. Dotinha doente, Marilene aposentada, os filhos casados, Romualdo fora de casa no trabalho. Mas, pensando bem, Romualdo fora de casa não era de todo ruim. Pior quando ele volta. Vai chegando a hora e Marilene já sabe, suas mãos começam a suar, seu coração a bater mais rápido. Sempre fora assim, anos a fio, mas agora, no silêncio da casa vazia, parecia que ela estava mais abandonada ao "temperamento forte" de Romualdo, que, às vezes, sem que ela soubesse o porquê, chegava acusando-a de coisas que ela jamais fizera ou imaginara fazer.
Parando para pensar, Marilene via que os filhos – que depois de crescidos a defendiam do pai nas discussões – tinham mesmo que seguir sua vida e não ficarem agarrados à barra de sua saia. Mas era difícil vê-los partir, mesmo que ela ficasse feliz por tê-los encaminhado na vida. E disso Marilene tinha orgulho: era uma ótima mãe e seus filhos, formados, fortes e casados eram a prova.
Ela vivera para sua família e sempre acreditara que, com o tempo e a idade, Romualdo fosse melhorar. Sempre tentara ser compreensiva, dando um desconto

pela infância difícil que ele tivera, longe da mãe que o abandonara com uma tia, raramente vendo seu pai, que se casara novamente e constituíra uma nova família, onde ele não tivera lugar. E, além de tudo, o trabalho. O trabalho de Romualdo o deixava muito nervoso. Marilene nunca sabia se ele voltaria para casa ou não. Quando dava uma notícia urgente na televisão sobre tiroteio, o coração de Marilene disparava. E era duro reconhecer: houve vezes em que ela desejara que Romualdo fosse um dos policiais mortos no confronto com os bandidos. Agora, a televisão já nem dava mais essas notícias, toda hora havia policiais mortos em tiroteios, e ela continuava a ter certeza da volta de Romualdo, vivo, pelo mal-estar que sentia quando Dotinha latia junto ao portão.

Em uma manhã ainda começando a raiar, enquanto passava o café de Romualdo, com Dotinha aos seus pés parecendo querer lhe dizer que pelo menos ela sabia o porquê do seu braço inchado e dolorido, Marilene decidiu fazer uma coisa sobre a qual já pensara antes. Depois que o marido saísse, ela pegaria um ônibus para ir ao posto de saúde que ficava distante uns bairros de sua casa. Ela só ia ao médico quando estava doente, sempre no Hospital da Polícia e acompanhada por Romualdo. Marilene via na televisão as campanhas do governo sobre a importância de fazer o preventivo, mas lhe faltava coragem; afinal, era tão constrangedor… E ainda seria pior ficar na consulta com o médico sabendo que Romualdo estava lá fora e depois iria descontar nela. Porque na frente do médico ele era uma pessoa, mas, com ela, era outra. Na noite anterior, por exemplo, ao chegar do trabalho, ele se mostrara zangado simplesmente porque ela havia esquecido de deixar acesa a luz da garagem. E quando Romualdo estava zangado tudo podia acontecer. Ela ainda tentara acender a luz, mas ele torcera seu braço até que ela

ficasse no chão, humilhada, e ele gritando que não adiantava mais. Depois disso criticara a sua comida e a mandara parar de fazer drama. Afinal, estava chorando por quê?

Quando seus filhos ainda estavam em casa, ele não a agredia fisicamente na frente deles. Só as paredes de seu quarto e seu travesseiro conheciam, como ela, quem era Romualdo. Marilene já o conhecia muito bem, e sabia que nessa manhã ele se comportaria como se nada tivesse acontecido. Na verdade, seria até atencioso e quando voltasse para casa à noite iria perguntar por que ela não aproveitava para ligar para Larissa. Ela sentia vergonha, nem isso se sentia à vontade para fazer em sua própria casa. Romualdo botara um cadeado no telefone, para ela não ficar "pendurada no fio falando bobagem". Mas que bobagem ela falaria? E com quem? Seus parentes moravam longe e com o tempo perdera o contato com quase todos. Das colegas do antigo trabalho também tinha poucas notícias. Para quem ela ligaria, a não ser para a filha? Mesmo para os filhos, que moravam na mesma cidade, ela ligava pouco. Não gostava de incomodar e tinha medo que as noras e os genros implicassem.

Marilene estava decidida e esse sentimento, ao mesmo tempo, lhe dava medo e a deixava animada: iria ao médico para cuidar do braço – que estava roxo e doendo depois que Romualdo o torcera na noite anterior.

Para refletir

Liste as formas de violência que você identifica no cotidiano de Marilene.

Quais motivos levam uma mulher a permanecer em uma situação de violência conjugal?

9.2 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Ainda há tempo

Mudanças fundamentais no lugar social das mulheres ocorreram a partir da segunda metade do século XX: a necessidade de se inserirem no mundo público do trabalho; a pílula anticoncepcional, descolando o inexorável medo de engravidar da vivência da sexualidade feminina; os movimentos feministas ganhando as ruas do mundo inteiro, clamando pela igualdade de direitos. Milhões de mulheres brasileiras têm hoje a oportunidade de escrever uma história diferente das de suas mães e avós. Outras tantas se veem obrigadas a ser provedoras de suas famílias e lamentam os tempos passados quando os papéis familiares de homens e mulheres estavam claramente definidos, e o desemprego de seus companheiros e pais não as fazia acumular tantas responsabilidades sozinhas.

As mudanças não se dão por substituições, mas num processo, por sobreposições que deixam rastros e vestígios em nossas subjetividades. Mesmo com todos os valores e as novas marcas agregados, a constituição da identidade feminina não foi abolida, a força do lugar social atribuído à figura materna como responsável pelos filhos, pela ordem e manutenção da família ainda está presente. Na história de Marilene, podemos perceber isso. Em suas reflexões, enquanto repassa parte de sua vida do modo como entende as dinâmicas familiares, ela nos dá um exemplo das relações de força constantes – e muitas vezes desiguais –, presentes entre homens e mulheres. No entanto, a subordinação de Marilene a uma ordem conjugal onde a violência praticada de diferentes formas a faz deprimir e sofrer, não precisa ser imutável, por mais difícil que pareçam as mudanças para o curso da vida de mulheres com histórias como a dela. Na vida de Marilene, a violência não começou no episódio daquela noite. Ela está presente em diferentes graus e

formas durante toda a sua vida conjugal, expressando relações assimétricas e de tensão que se intercalam com episódios de uma breve trégua, muitas vezes fazendo os envolvidos acreditarem que as relações serão diferentes a partir do episódio violento, caracterizando o que é denominado de ciclo da violência.

Figura 1 – Ciclo da violência

Fonte: Adaptado de Cardoso (1996) e Soares (1999).

Sabemos pouco sobre a família de origem de Marilene, mas podemos perceber que ela vive um determinado isolamento social que não ocorreu de repente e que está presente em muitas das histórias de mulheres que, como ela, vivem situações abusivas junto aos seus parceiros íntimos. Em sua história, encontramos vários elementos que sinalizam a cronicidade dessa situação, assim como fatos que vêm contribuindo para sua vulnerabilidade: a idade de Marilene, sua aposentadoria, os filhos que saíram de casa, o envelhecimento da cachorra e o contexto do trabalho de

Romualdo. E a tudo isso somam-se os medos e receios de perdas, bastante frequentes em situações similares à dela. Exemplos são o medo da reação do companheiro e a possibilidade de ele agredi-la, abandoná-la ou mesmo de matá-la; o medo de perda da família como espaço onde seu papel social de mãe e esposa é reconhecido; o medo de perder a guarda dos filhos, quando esses são crianças ou adolescentes, e de que eles a responsabilizem pela separação e pelo sofrimento; o medo de perder sua casa e ficar sem nada, como se esta representasse o espaço de segurança que a família deveria ser.

Você conhece a Lei Maria da Penha? Ela foi sancionada em 2006 e representa um marco nos direitos das mulheres em relação ao tema da violência de gênero. Para saber mais sobre ela, acesse: https://agenciapatriciagalvao.org.br/violencia/noticias-violencia/lei-maria-da-penha-completadez-anos-saiba-o-que-ela-diz/

Se pensarmos sobre todos esses medos e muitos outros que povoam as mentes e os corações dessas mulheres, poderemos compreender um pouco de suas dúvidas e de seus impasses – o que para nós, durante os atendimentos, pode ser entendido somente como uma situação de exposição a graves riscos à saúde e à segurança delas.

Caso Ainda há tempo
Cena 2

Mais um dia naquele calor interminável e senhas sem fim! Adriano estava formado há pouco mais de cinco anos e não podia ainda dispensar o emprego público no posto de saúde. Apesar de sua residência médica ter sido em angiologia, lá ele era clínico geral. Adultos de todas as idades e com todos os problemas esperavam que ele resolvesse tudo com uma receita e, quem sabe, com alguns pedidos de exame. Ele respirou fundo e se dirigiu à porta do consultório com a ficha do próximo, ou melhor, da próxima paciente: Marilene Azevedo.

Uns dias eram piores do que outros, e esse parecia ser um daqueles! Adriano começava a se sentir mal, desconfortável, sem saber o que fazer para ajudar aquela mulher. A consulta já se alongara mais do que de costume e ele não conseguia ter certeza sobre suas suspeitas. Será que aquela mulher estava sendo agredida por seu marido? Como saber a verdade? Como ter certeza sem perguntar diretamente, e como perguntar uma coisa dessas a uma senhora como aquela? Pela ficha, dona Marilene nem era tão idosa, mas por algum motivo lhe parecia familiar, talvez pelo seu jeito materno e discreto. Adriano afastou essa ideia e tentou se concentrar, pensando em qual seria a melhor forma de ajudar a paciente.

Prescreveu um anti-inflamatório para a torção do braço, que ela alegava ter acontecido quando caíra de uma cadeira na véspera. A história dela não o convencera, mas ela também não confessava que o marido a agredira. E se ela dissesse, o que ele, um médico, faria? Não tinha ideia sobre como agir em uma situação dessas! Não era a primeira vez que desconfiava que uma paciente pudesse estar sendo agredida pelo marido ou namorado, mas como não tinha certeza e elas eram evasivas, acabava não confirmando suas suspeitas. Até porque elas, na maioria das vezes, não

retornavam. s queixas eram as mais diversas e os motivos alegados também.

Mas, naquela manhã, o caso de dona Marilene tinha mexido com ele. É, talvez já fosse hora de tirar umas férias ou largar aquele emprego no posto! Estava ficando com o coração mole. Lembrando-se de um cartaz que vira no corredor e de uma circular que recebera da direção da unidade havia pouco tempo, Adriano então abriu uma pasta de impressos e preencheu o “Formulário padrão de encaminhamentos para casos suspeitos ou confirmados de violência contra a mulher”, que as pessoas no posto chamavam de “encaminhamento da VVI (Vítimas de Violência Intrafamiliar)”. Depois, encerrou a consulta, pedindo a dona Marilene que entregasse aquele papel na recepção. A partir daí, eles agendariam uma consulta com a assistente social ou a psicóloga. Um pouco constrangida, ela agradeceu, estendendo-lhe a mão. Ele a acompanhou até a porta, como se ainda houvesse algo a fazer por ela. Ao ver a porta se abrir, o próximo paciente se levantou. Adriano pediu que ele esperasse um pouco, entrou no consultório e afrouxou o colarinho da camisa sob o pesado jaleco branco. Ele precisava respirar um pouco antes de continuar sua rotina de trabalho.

Para saber mais sobre o tema leia: “Ações para o enfrentamento da violência contra a mulher em duas unidades de atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro” de Tatiana dos Santos Borsoi, Elaine Reis Brandão e Maria de Lourdes

Tavares Cavalcanti, em *Interface-Comunicação, Saúde, Educação*, v. 13, p. 165-174, 2009.

Profissionais da saúde conversam sobre o caso de Marilene

Marilene gostara do doutor Adriano. Ele até lembrava seu filho mais velho. Parecia sério, competente. Ela se sentira confusa ao sair do consultório, mas também aliviada. Afinal, o que fora fazer lá? Do que estava se queixando? E o que ele queria saber com aquelas perguntas? Bom, ela gostara dele. Pena não ter marcado outra consulta. Mas, também, os médicos são tão poucos e tão ocupados! Ela tivera sorte de conseguir ser

atendida na primeira vez e até se sentiu meio culpada ao pensar que poderia ter ido ao Hospital da Polícia. Enquanto esperava pela sua vez na recepção, Marilene pensava sobre o encaminhamento do doutor Adriano. O que eram essas letras “VVI”? Será que ele suspeitara de alguma doença que nem ela sabia que tinha? Como diz o ditado popular, “quem procura, acha”. O que será que ela procurava, indo ao posto? O que havia encontrado? Mas não, ela logo se tranquilizou. Se fosse alguma doença, o doutor Adriano a teria encaminhado para um outro médico, e não para a assistente social ou a psicóloga. Será que ele achava que ela estava sofrendo dos nervos por ter quase chorado durante o atendimento? Marilene ficou na dúvida se deveria ou não marcar aquela consulta, mas, como gostara do médico, resolveu dar uma chance. Depois decidiria se iria ou não. Isso dependeria de a consulta coincidir com os plantões de Romualdo. Marilene saiu do posto um pouco mais animada, experimentando uma sensação estranha de ser um pouco mais dona de si.

Para refletir

O que você, profissional da saúde, sentiria ao suspeitar que pode estar atendendo uma mulher em uma possível situação de violência conjugal? Liste três de seus pensamentos e três de seus sentimentos.

Em sua opinião, por que Marilene não contou ao doutor Adriano sobre a verdadeira causa de seus machucados e sobre a situação de violência em que vive?

Analise a abordagem do profissional e o processo de escuta presente no atendimento. Diante da suspeita do doutor Adriano, qual deveria ter sido a conduta dele?

Existe um momento ideal para o profissional da saúde abordar com uma mulher sua suspeita de violência

conjugal? Em nosso caso, como fazer se Marilene não retornar à unidade de saúde?
Agora, volte à primeira questão proposta nesta reflexão e analise os pensamentos e sentimentos listados por você.

9.3 Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso Ainda há tempo

Quando estamos no trabalho de todo dia, raramente temos tempo e oportunidade de conhecer como pensam as pessoas que atendemos. Perguntamos sobre seus corpos, sobre aspectos de seus estilos e hábitos de vida; às vezes ouvimos como elas se sentem, mas não percorremos os caminhos de suas histórias, suas formas de compreender o mundo e os determinismos e atalhos que as levaram a procurar atendimento na rede de saúde. Assim, quando recebemos mulheres como Marilene nos postos, ambulatórios e outros setores, especializados ou não, acabamos por perguntar aquilo que julgamos ser importante para o melhor atendimento, mas desconhecemos que outros motivos podem tê-las levado a nos procurar. No entanto, por vezes acreditamos que algo não apresenta nexo nos relatos que ouvimos e nos sentimos instigados a descobrir. A isso o doutor Adriano deu o nome de verdade.

Nos atendimentos a pessoas vítimas ou envolvidas em situações de violência conjugal, conheceremos suas versões sobre as experiências que viveram, e estas nos serão narradas dependendo do vínculo pessoal e institucional que estabelecermos no atendimento. Histórias como as de Marilene são bastante frequentes, mas nem sempre estamos preparados para descobri-las por meio dos sinais e pistas apresentados por mulheres, que, como ela, estão assustadas e divididas entre o desejo e a expectativa de serem cuidadas

e protegidas por nós, rompendo com o silêncio da violência conjugal, e, ao mesmo tempo, temem ser descobertas e mais expostas a essa mesma violência.

O doutor Adriano estava na hora e no local certos para atender a uma dessas mulheres, mas ele não se sentia preparado, embora ocupe um lugar estratégico para o atendimento às formas mais sutis de violência intrafamiliar que acomete mulheres adultas. A ele, clínico geral, elas chegam trazendo suas queixas confusas, que diferem das relacionadas às questões reprodutivas femininas, e assim estariam sendo atendidas pelos ginecologistas e obstetras. As manifestações clínicas podem ser agudas ou crônicas e suas repercussões, físicas, emocionais e sociais. Profissionais da saúde, como o doutor Adriano, atendem casos de traumas acidentais domésticos, de inflamações e dores pélvicas, dores de cabeça, asma, síndrome de intestino irritável, depressão, ansiedade e desordens de sono e alimentação, sem saber que esses quadros podem encobrir histórias como a de Marilene. O seu papel, assim como o de cada profissional da saúde, deve ser o de contribuir para a construção de uma vida sem violência para essas mulheres e suas famílias.

Leia mais sobre o assunto no artigo “Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro”, de Suely Ferreira Deslandes, Romeu Gomes e Cosme Marcelo F. Passos da Silva (2000), disponível no site: www.scielo.com.br.

Caso Ainda há tempo
Cena 3

Marilene procurou não se atrasar para a consulta, pois dessa vez não precisaria de senha: estava agendada com a assistente social. Anete era jovem para já ser formada, pensou Marilene ao ser recebida de forma atenciosa por ela. No começo, desconfiada, Marilene ouvia e respondia com o mínimo de palavras. Mas Anete parecia compreender o que Marilene passava. Ela perguntou se Marilene sabia por que estava ali, e diante de sua negativa com a cabeça, explicou que aquele era um ambulatório para atender mulheres e seus familiares vítimas de violência que acontecia em suas próprias casas, daí aquela sigla no papel do encaminhamento do doutor Adriano: VVI (Vítima de Violência Intrafamiliar). Aos poucos, Marilene ia se sentindo à vontade e contando sua história. Conforme falava, percebia que era escutada com interesse e sua alma ficava mais leve. O tempo da consulta passou voando. Ao mesmo tempo, tinha a impressão de que falara mais naqueles minutos do que no último ano inteiro. E o engraçado é que também se sentia sabendo mais sobre o que acontecia com ela e com tantas outras mulheres que viviam em silêncio suas histórias de violência e de pouco diálogo com seus companheiros. Marilene se perguntava como ela, uma professora primária que assistia a tantos programas de televisão e lia o jornal todos os domingos, nunca pensara no que tinha em comum com as mulheres que apareciam nos noticiários, e das quais tinha pena. E pensava: “Como ela aguenta isso do marido? Por que continua casada?” Sem que Anete a obrigasse a falar, ela havia contado muito sobre sua vida e sentia como se houvesse contado para ela mesma o que tentara ocultar com lágrimas e sofrimento

durante todos os anos de namoro, noivado e casamento com Romualdo.
Ao final do atendimento, Anete perguntou se podiam marcar para que ela retornasse na semana seguinte. Marilene desconfiou, achando muito rápida a próxima consulta, mas teve coragem de dizer:
– Não me leve a mal, está sendo ótimo conversar com a senhora, mas eu não vou me separar do meu marido, destruir a minha família, só porque falei sobre tudo isso aqui. Verdade que Romualdo às vezes exagera, mas não posso ir a uma delegacia contar o que acontece comigo para colegas dele! Quem ia acreditar em mim?
– Eu entendo, dona Marilene, mas não se preocupe. Não espero que a senhora tome decisões que podem mudar sua vida sem que tenha certeza do que quer. Hoje a senhora começou a conhecer um pouco mais sobre os seus direitos e agora sabe que não está sozinha. A senhora já chegou até aqui e pode falar sobre o que acontece com a senhora e de sua vontade de mudar e se sentir melhor. Isso é já um grande começo. Um caminho se faz caminhando, dona Marilene. Um passo de cada vez. O importante é a senhora continuar a se cuidar. Quem sabe da próxima vez não podemos marcar também uma consulta no ginecologista, já que a senhora falou que nem se lembra da última vez que foi a um?
O jeito acolhedor de Anete deixara Marilene mais tranquila. Se para voltar ao posto tivesse que denunciar seu marido de tantos anos, ela não poderia retornar àquele lugar. E ela havia gostado tanto de conversar com Anete; até ficara animada com a ideia de ir ao ginecologista. Claro, precisaria dar um jeito para ir na outra semana sem que Romualdo soubesse, mas valeria a pena. Marilene sentia-se esperançosa ao voltar para casa. O caminho percorrido pelo ônibus lhe pareceu curto para pensar em tantas coisas, enquanto acariciava

os panfletos que recebera de Anete. Ela sabia que teria que guardá-los com cuidado, mas ia dar seu jeito. Sentiu-se mais calma, parecia que sua semana estava começando naquele dia.

Para refletir

Analise o segundo atendimento prestado a Marilene. Que aspectos você imagina terem sido priorizados por Anete no atendimento?

Em uma unidade de saúde, de quem deve ser a responsabilidade pelo atendimento de mulheres com histórias semelhantes à de Marilene?

9.4 Texto para reflexão sobre a Cena 3 do caso Ainda há tempo

Em todo o Brasil, iniciativas governamentais, dos serviços e profissionais da saúde, assim como dos movimentos sociais, das organizações não governamentais e de categorias profissionais, têm discutido e construído propostas de atendimento a mulheres em situação de violência e a suas famílias. Dentre as formas de violência que acometem as mulheres, as perpetradas pelo parceiro íntimo – marido, ex-marido, namorado, ex-namorado – são as mais frequentes. Um bom atendimento a essas mulheres passa prioritariamente pela formação contínua dos profissionais da rede de saúde, em uma perspectiva mais ampla, que inclui outras disciplinas e campos de saberes, como segurança pública e direitos humanos. Ao mesmo tempo, a implementação dos atendimentos exige a articulação dos profissionais em espaços interdisciplinares, já que cada um tem algo com que contribuir para o atendimento e para a formação da equipe. Preservadas as especificidades e competências de cada categoria, o desafio

do atendimento às mulheres em situação de violência cria a necessidade de revermos os nossos limites e somarmos forças, de modo que todos – os profissionais, em equipe ou individualmente – se tornem responsáveis. Sendo assim, é bom sabermos que:

- É fundamental que todos os envolvidos no atendimento possam desenvolver uma atitude que possibilite à mulher sentir-se acolhida.
- Só podemos avaliar a história que nos conta a mulher – com os riscos, as vulnerabilidades, os limites, as motivações e as possibilidades dela e de sua rede familiar e social – se estabelecermos um vínculo de confiança pessoal e institucional.
- Devemos fortalecer a **autoestima** e a autonomia da mulher, respeitando seu direito de escolha, sem que ela acredite que irá frustrar nossas expectativas e com isso comprometer a atenção que lhe dispensamos no atendimento.

- É importante que a equipe e o profissional construam com a mulher uma perspectiva gradual de mudança, singular a cada caso, na qual ela possa se apropriar dos benefícios de cuidar de sua saúde e segurança.
- Para que mudanças possam ocorrer, é preciso que a mulher saiba que é sujeito de direitos e receba informações sobre os órgãos competentes para apoiá-la e orientá-la, incluindo sugestão para que procure esses órgãos, dependendo de cada situação (delegacias policiais, de preferência as especializadas no atendimento à mulher; institutos médicos legais; defensorias públicas; juizados e organizações não governamentais).
- As equipes e unidades de saúde devem trabalhar em rede, articuladas e constituindo novas redes intersetoriais de atenção a essas mulheres.

Vida

Chico Buarque

[...] Me lancem sinais
Arranca, vida
Estufa, veia
Me leva, leva longe
Longe, leva mais [...].

Fonte: Buarque ([2014]).

Lembre-se de que cada atendimento é único, assim como é única cada história de vida das mulheres que você atende. Portanto, novas dificuldades sempre surgirão, exigindo sua criatividade, disponibilidade, competências e articulações interpessoais, interprofissionais, institucionais e intersetoriais.

Conheça a letra completa da composição no site https://www.letras.mus.br/chicobuarque/86081/

Caso Gravidez de Dalva

Dalva, moradora da Comunidade Flor de Liz, 28 anos, negra, dona de casa, tendo estudado até a 6ª série do ensino fundamental, com dois filhos (cinco e sete anos), está com oito semanas de gestação de seu terceiro filho. O pai é seu companheiro Antônio, com quem vive há

oito anos. Dalva é natural de Sobral, no Ceará, onde se encontra o restante de sua família.
Ela começou o pré-natal no posto de saúde próximo a sua residência e, durante a primeira consulta médica, contou ao seu médico, doutor Francisco, que seu companheiro é uma pessoa boa, mas que está desempregado no momento e tem se tornado cada vez mais agressivo. Antônio agride verbalmente Dalva e também a obriga a ter relações sexuais contra vontade. Doutor Francisco perguntou se Dalva e seu companheiro desejavam essa gravidez, e se ela usava algum método contraceptivo. Dalva informou que seu companheiro se recusa a usar camisinha e que ela já tentou se adaptar à pílula várias vezes, mas que acaba passando mal. O médico solicitou os exames de rotina de pré-natal, realizou o exame clínico, prescreveu alguns suplementos minerais e vitaminas, orientou sobre a dieta e constatou que Dalva encontrava-se em boas condições de saúde. Em seguida, o doutor Francisco encaminhou-a para o serviço social da unidade, para que Dalva recebesse as orientações necessárias, remarcando o retorno para dali a quatro semanas.

9.5 Texto para reflexão sobre o caso Gravidez de Dalva

Embora os números não sejam divulgados, a história de Dalva acontece com a quarta parte das mulheres que frequentemente procuram os serviços de saúde. Para compreender e intervir em situações como a que Dalva apresentou, é necessário que você reflita criticamente sobre alguns conceitos e sobre o seu dia a dia de trabalho, oferecendo sugestões para a solução dos obstáculos a enfrentar.

A violência sofrida por Dalva dificilmente é identificada pela maioria dos profissionais da saúde, apesar de a violência contra as mulheres ser um fenômeno universal que atinge mulheres de todas as idades, classes sociais, raças, etnias, religiões, opções sexuais, condições sociais e culturais. Por que isso acontece?

A violência contra a mulher é um problema cultural, que envolve o modo como as mulheres veem a si próprias e como são vistas. Dessa maneira, existem crenças que legitimam esse tipo de violência. Por exemplo: o modo como homens e mulheres devem se comportar no casamento e em sociedade, a hierarquia existente entre o casal, o sexo como uma obrigação conjugal, a família como um espaço sempre harmonioso e de proteção. O controle da mulher pelo homem é exercido por meio do controle do seu corpo.

O modo como organizamos os serviços de saúde, ou seja, o modo como o doutor Francisco atende as mulheres, é condicionado por sua formação profissional e vivência como pessoa, influenciado pela cultura. Nesse sentido, a forma de ver a violência contra as mulheres e as estratégias de prevenção adotadas está relacionada com as ideias, os mitos e conceitos apreendidos nesse contexto.

Para refletir

Você é capaz de recordar momentos de sua formação profissional ou de sua vida pessoal em que refletiu sobre a violência contra as mulheres? Tente se lembrar de ditados populares ou de como a mídia aborda o tema.

9.5.1 Violência contra as mulheres como uma violência de gênero

Violência de gênero é um conceito fundamental para ajudar você a ampliar sua compreensão sobre a agressão

sofrida por Dalva. É uma manifestação de relações de poder historicamente desiguais entre homens e mulheres, em que a subalternidade não implica a ausência absoluta de poder. Não é a diferença sexual em si mesma, mas a representação dessa diferença no âmbito do imaginário e do desempenho social construído para homens e mulheres. No entanto, quando estivermos atendendo a uma mulher em situação de violência conjugal, devemos também considerar outros fatores de vulnerabilidade, como a sua faixa etária, além de sua raça e etnia. Esses fatores, associados a outros, como escolaridade, pouca rede social, exclusão do mercado de trabalho e condições socioeconômicas podem ser elementos que contribuem para a violência e determinam o acesso dessas mulheres à rede de saúde.

É importante observarmos que existem formas mais comuns dessa violência contra a mulher e, na maioria das vezes elas, se entrecruzam, como já visto no início do livro: violência física, sexual, psicológica, bem como a violência institucional e patrimonial.

A violência perpetrada pelo homem contra a mulher, como no caso de Dalva, é um dos tipos de violência de gênero, que também pode ocorrer quando falamos de violência entre pessoas do mesmo sexo, em que é possível haver uma distribuição desigual de poder. A subordinação vivida por Dalva agrava-se em função da pouca escolaridade, da dependência econômica de seu companheiro, cujo papel de provedor encontra-se ameaçado pela situação de desemprego, e da carência de recursos sociais e familiares para romper com o ciclo da violência. A suposta superioridade masculina impõe ainda a relação sexual indesejada e a responsabilidade pelo cuidado familiar e pelo controle da fecundidade.

O capítulo “Violência contra as mulheres: antigas questões, novas configurações”, de Liana Wernersbach Pinto, Corina Helena Figueira Mendes, Marcos Nascimento e Daniel de Souza Campos pode ajudá-lo a saber mais sobre o assunto. Disponível no livro *Novas e velhas faces da violência no século XXI*, organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Simone Gonçalves de Assis (2017).

Desse modo, a violência contra as mulheres encontra “justificativa” em normas sociais baseadas nas relações de gênero, ou seja, em regras que reforçam uma valorização diferenciada para os papéis masculino e feminino.

Por outro lado, a condição de vítima da mulher que se encontra em situação de violência reforça os estereótipos correntes de que as mulheres, nessas situações, seriam sujeitos incompletos e carentes de tutela especializada, incapazes de superar as dificuldades vivenciadas. As concepções que temos sobre as capacidades e incapacidades das mulheres nas relações violentas estão no cerne de nossa escuta e abordagem dos casos que atendemos. Parte das mulheres agredidas, ao contrário do que parece indicar o senso comum, não são vítimas passivas incondicionais. Elas utilizam dispositivos para proteger a si mesmas e a seus filhos, e o que seria interpretado como passividade pode ser uma estratégia de sobrevivência ou de mudança na relação conjugal e familiar.

Lembramos aqui que geralmente existe uma dinâmica violenta envolvendo os familiares. Por isso, é importante sempre observar a postura da mulher com o companheiro e

vice-versa, e a postura tanto da mulher quanto do companheiro com cada um dos filhos.

Não se pode esquecer também dos outros membros da família. Essa intrincada relação e os diferentes papéis assumidos por cada um devem ser avaliados e usados como fonte de atuação profissional durante o atendimento à mulher agredida.

Para refletir

Utilizando os conceitos abordados, faça também um balanço a respeito das situações de violência contra as mulheres que você já atendeu. Que obstáculos você identificou para reconhecer essas situações?

9.5.2 Quais as consequências da violência contra as mulheres?

Como você sabe, a violência contra as mulheres constitui uma violação dos direitos humanos e um grave problema social e de saúde pública. Esse fato causa morte e incapacidade, com maior prevalência entre as mulheres em idade reprodutiva; acontece nas diferentes etapas do ciclo de vida; anula a autonomia da mulher e mina seu potencial como pessoa e membro da sociedade, além de provocar repercussões intergeracionais. As mulheres atingidas ficam mais vulneráveis a outros tipos de violência, à prostituição, ao uso de drogas, à gravidez indesejada, às doenças ginecológicas, aos distúrbios sexuais, à depressão, ao suicídio, às doenças sexualmente transmissíveis, à morte materna, ao pré-natal tardio, à gravidez na adolescência, ao aborto espontâneo, às desordens psicológicas e aos danos físicos.

As mulheres que vivem com parceiros violentos passam por dificuldades para negociar o sexo seguro (incluindo o uso de preservativo) e o uso de contraceptivos para se

protegerem contra a gravidez indesejada, que acarreta famílias mais numerosas. Estima-se que o índice de gestações decorrentes de violência sexual oscile entre 1% e 5%. Mais da metade dos casos de violência sexual ocorre durante o período reprodutivo da mulher.

É interessante atentar para o seguinte fato: a gravidez é vista pela sociedade como um momento sagrado e cercado de cuidados e proteções; todavia, durante esse período, é relativamente comum a experiência da violência. E mais: em muitos casos, tem início ou aumenta de intensidade e frequência durante a gravidez. Por isso, a gravidez não pode ser considerada um fator que protege as mulheres das agressões. A violência contra as mulheres pode ser duas vezes mais comum para as grávidas do que patologias como a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional, ou a placenta prévia. No entanto, a sua ocorrência permanece invisível para os profissionais da saúde. A mulher que é vítima geralmente enfrenta obstáculos para ter acesso aos serviços de saúde. Mais do que isso, esses serviços frequentemente deixam de identificar situações de violência contra as mulheres, ainda que isso esteja na raiz de problemas que elas apresentem.

A gestante que é submetida à violência, em especial a sexual, antes e/ou durante a gestação pode apresentar sentimentos de desconforto, dúvida, insegurança e medo em grau mais acentuado do que as demais. Durante a gravidez, a vítima de violência pode estar mais motivada para o desejo de ser uma boa mãe, para o desejo de prevenir o abuso contra a criança e para a oportunidade de pensar sobre o futuro. Esse momento pode significar a tentativa de rompimento e/ou agravamento da situação de violência sexual vivenciada por ela. A violência contra as mulheres, nesse período, traz consequências dramáticas, dentre elas a morte, inclusive a fetal. A morte materna evitável viola os direitos humanos das mulheres e se caracteriza por ser o

desfecho de uma série de negligências e abusos presentes desde a infância.

Para refletir

Considerando o caso de Dalva, qual a importância de intervir nessa situação?

9.5.3 Qual a abordagem adequada para o caso de Dalva?

A análise sobre o contexto onde se desenvolve a ação profissional, nesse caso a assistência pré-natal, é um elemento indispensável para a construção de uma abordagem resolutiva para o caso de Dalva. A consulta de pré-natal, realizada pelo doutor Francisco, é compreendida como uma atividade técnica e profilática sem, de fato, criar um vínculo e intervir no sofrimento relacionado com as violências psicológica e sexual sofridas por Dalva.

A abordagem acerca da maternidade privilegiou o inquérito em torno de sinais e sintomas de possíveis intercorrências na gravidez, a solicitação de exames, as prescrições de medicamentos e as orientações de condutas sobre o corpo, além do encaminhamento para serviços de referência na própria unidade.

Para mais esclarecimentos sobre violência psicológica e sexual contra as mulheres, leia os artigos:

- “Atitude contra a violência: protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva para mulheres em situação de violência de gênero”, de Mônica Gomes

de Almeida (2002). Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ProtocoloAtitude.pdf

- “Representações sociais de profissionais da saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro”, de Ludmila Fontenele Cavalcanti, Romeu Gomes e Maria Cecília de Souza Minayo (2006). Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000100004

As práticas de atenção às violências nem sempre são reconhecidas como objeto das intervenções dos diferentes profissionais, principalmente da categoria médica. Soma-se a esse obstáculo a dificuldade de envolvimento do profissional em questões relativas ao contexto familiar, à sexualidade feminina; portanto, nas questões de gênero. Isso faz com que o profissional reduza o impacto da sua ação e reforce a invisibilidade da violência sofrida. Não se trata de culpabilizá-lo, mas de convidá-lo a pensar sobre a complexidade que o fenômeno da violência trouxe para sua prática profissional.

O setor saúde tem um papel fundamental a ser exercido como **tutor de resiliência** em uma rede de proteção às vítimas de violência. Sob essa ótica, as abordagens de atenção à violência contra as mulheres devem ser implementadas de forma transversal nas políticas de saúde, com ênfase nas ações voltadas para a saúde reprodutiva, em especial o pré-natal. Esses são espaços estratégicos para trabalharmos os aspectos conceituais e práticos da promoção da resiliência de mulheres, de seus cônjuges e filhos.

Outro aspecto fundamental é o compromisso com a garantia da informação sobre saúde reprodutiva e sobre

direitos da mulher, tanto nas atividades individuais quanto nas atividades em grupo da assistência pré-natal, de tal forma que sua atuação possibilite integração e participação ativa da mulher como sujeito de direito dos serviços. As ações desenvolvidas pelos profissionais da saúde da assistência pré-natal podem constituir-se em espaço privilegiado de prevenção à violência sexual.

Você pode saber mais sobre esse assunto por meio da leitura de livros para sensibilização sobre o tema. Alguns deles, como os de Joviana Quintes Avanci, Kathie Njaine, Renata Pires Pesce, Simone Gonçalves Assis e Suely Deslandes, são voltados para diferentes públicos-alvo: profissionais da saúde e da educação, pais e adolescentes. Leia alguns deles:

- *Superação de dificuldades na infância e adolescência: conversando com profissionais da saúde sobre resiliência e promoção da saúde* (ASSIS *et al.*, 2006b).
- *Por que é importante ajudar os filhos a "dar a volta" por cima?: conversando com pais de crianças e adolescentes sobre as dificuldades da vida* (ASSIS *et al.*, 2006a).
- *Resiliência na adolescência: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades* (ASSIS *et al.*, 2005). Disponível em: www.claves.fiocruz.br

Lembre-se de que uma abordagem que favoreça tanto o reconhecimento quanto o acompanhamento às vítimas

de violência sexual deve incluir:

- Compreensão sobre a singularidade da situação apresentada.
- Profissionais capacitados.
- Construção de vínculos de confiança que favoreçam a autonomia feminina.
- Disponibilidade de tempo dedicado ao diálogo com a paciente.
- Preocupação com a privacidade e com o sigilo.
- Registro em prontuário, permitindo a visibilidade e o acompanhamento do caso.
- Orientações voltadas à superação de situações indesejáveis para a paciente.
- Conhecimento sobre as proteções legais.
- Linguagem simplificada e favorecedora da interação e do acolhimento.
- Articulação dos serviços de emergência voltados para o atendimento às vítimas de violência sexual com grupos educativos, em uma perspectiva de integralidade.
- Encaminhamento para a rede intersetorial de serviços (centros de referência, abrigos, serviços de apoio jurídico, delegacias da mulher, organizações não governamentais, conselhos, entre outros).
- Valorização da postura interdisciplinar.
- Avaliação dos riscos vividos pela mulher e pelos filhos.
- Uso de material educativo.

Para refletir

A abordagem em situações de violência contra as mulheres lhe é familiar?

Procure relatar uma situação vivida no cotidiano profissional, analisando criticamente a abordagem praticada (quais os tipos de violência presentes na situação, os aspectos de saúde envolvidos, a abordagem e os encaminhamentos efetuados).

9.6 Políticas de saúde voltadas para a atenção à violência contra as mulheres: um pouco de história

Para o enfrentamento de situações complexas, como a que Dalva vivencia, é requerida a implementação de diferentes políticas setoriais em todos os níveis de governo (federal, estadual e municipal), como saúde, segurança pública, assistência social, educação, trabalho, habitação, cultura – tanto no que se refere à rede de serviços oferecidos à população quanto à legislação disponível.

A seguir apresentamos uma linha do tempo com as principais políticas de enfrentamento da violência contra as mulheres:

- 1999: Norma Técnica "Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes"
- 2001: Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violência
- 2003: Lei n. 10.778/03; estabelece a notificação compulsória em caso de violência contra as mulheres nos serviços de saúde
- 2005: Criação do Ligue 180
- 2006: Lei Maria da Penha (Lei Federal n. 11.340, de 7 de agosto de 2006)
- 2008: Plano Nacional de Enfrentamento à Violência Sexual e/ou Doméstica contra Mulheres

- 2011: Política Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres
- 2013: Lei n. 12.845/13; prevê a obrigatoriedade do atendimento integral às vítimas de violência sexual em todos os serviços de urgência e emergência do Sistema Único de Saúde (SUS)
- 2015: Lei do Feminicídio (Lei Federal n. 13.104, de 9 de março de 2015)
- 2015: Lançamento da Norma Técnica sobre Atenção Humanizada às Pessoas em Situação de Violência Sexual com Registro de Informações e Coleta de Vestígios

Em 1998, o Ministério da Saúde criou a Câmara Temática sobre Violência Doméstica e Sexual, com o objetivo de propor e acompanhar o desenvolvimento de políticas específicas sobre o problema, vinculadas à Área Técnica de Saúde da Mulher e subordinadas ao Comitê Nacional de Prevenção de Acidentes e Violência. A partir daí, também em 1998, foi publicada uma Norma Técnica denominada “Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes”, que vem sendo atualizada e utilizada como instrumento importante para o aprimoramento das ações de saúde. Esse documento prevê que as unidades com serviços de ginecologia e obstetrícia constituídos estejam capacitadas para o atendimento aos casos de violência sexual, portanto, no âmbito do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.

> Na parte I, Capítulo 2, falamos sobre a Política Nacional de Redução de Acidentes e Violências. Retorne a esse material para aprofundar o tema aqui tratado. Para isso, use as referências fornecidas ao longo do Capítulo 2.

O Programa Nacional de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher (BRASIL, 2003b) buscou desenvolver essa rede, articulando os serviços e também reunindo os esforços de diferentes níveis de governo, além da sociedade civil e dos movimentos sociais de mulheres. Na área da saúde, especificamente, o programa afirmou a necessidade de desenvolver ações voltadas às unidades básicas da rede pública, gerando estratégias que ressaltam a noção de violência contra as mulheres como um problema de saúde pública – principalmente no contexto da saúde da mulher –, garantindo um acolhimento receptivo, procedimentos adequados e, sobretudo, atendimento integral. Reforçou, ainda, que os profissionais, homens e mulheres, devem estar capacitados para identificar a vítima de agressão, garantir uma escuta não julgadora e prestar todas as informações para que a denúncia e a posterior reparação possam ser buscadas pela vítima, se assim ela decidir.

O estabelecimento da notificação compulsória em caso de violência contra as mulheres nos serviços de saúde, públicos e privados (BRASIL, 2003a), regulamentado pelo Decreto n. 5.099/2004, institui os Serviços de Referência Sentinela. A Portaria n. 2.406/2004, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2004a) institui serviço de notificação e aprova o instrumento e o fluxo de atendimento (ficha de notificação compulsória de violência contra a mulher e outras violências interpessoais). Esses são instrumentos de proteção que você deve conhecer para o enfrentamento da violência contra as mulheres.

É importante destacar que, construído a partir das diretrizes definidas na 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (BRASIL, 2013) incluiu o enfrentamento à violência contra as mulheres como área estratégica. Esse plano pretende:

Para aprofundar o assunto, leia o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres, da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (SEPM) (BRASIL, 2004d), no endereço http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnpm_compacta.pdf

- Ampliar e fortalecer a rede de serviços especializados de atendimento às mulheres em situação de violência.
- Promover a implementação da Lei n. 11.340, de 7 de agosto de 2006 – Lei Maria da Penha.
- Fortalecer a segurança cidadã e acesso à justiça às mulheres em situação de violência.
- Promover a autonomia das mulheres em situação de violência e a ampliação de seus direitos.

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher, do Ministério da Saúde, elaborou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), uma tradução de linhas de ação sob a perspectiva da integralidade, da visão filosófica e política preconizada pelo Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Dessa política emergiram duas áreas de maior visibilidade: o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, e a Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (articulados ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento).

Todas essas políticas indicam um relativo avanço no que se refere à incorporação do tema da violência contra as mulheres no âmbito do SUS.

A Norma Técnica busca organizar a atenção nos serviços públicos, normatizar os cuidados de saúde a mulheres, crianças e adolescentes que sofreram violência sexual, a anticoncepção de emergência e a prevenção de ISTs não virais, de hepatites virais e infecção pelo HIV. Também regula o acompanhamento laboratorial, o fornecimento de medicação, o apoio psicossocial e os procedimentos de interrupção da gravidez (BRASIL, 2012). A implementação desse atendimento nos estados e nos municípios brasileiros deve ser acompanhada de processo de discussão intersetorial que contribua para conferir maior visibilidade ao problema e que permita a implantação de estratégias mais amplas de combate à violência contra mulheres e adolescentes.

- As normas técnicas podem ser encontradas no documento "Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes", do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) e no site: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf
- Conheça o Portal de Boas Práticas do Instituto Fernandes Figueira da Fiocruz, com materiais e conversas com especialistas sobre saúde das mulheres, incluindo o tema da violência. Visite: http://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/violencia-contra-asmulheres-o-que-podemfazer-os-profissionais-desaude/

- Para complementar seus conhecimentos sobre violência contra mulheres e adolescentes, sugerimos que assista aos seguintes vídeos:
  - *Nem com uma flor,* documentário de Still Waters (1999), no endereço: www.estacaovirtual.com
  - *Artigo 2º*, produzido pelo Ecos – Comunicação em Sexualidade. Disponível em: https://www.youtube.com/watch?v=rLATWybhBRc

---

Para refletir

Com qual dos profissionais da saúde referidos no caso Dalva você mais se identificou? Pense no seu próprio modo de agir. Agora, descreva como você acredita que deva ser o atendimento a mulheres em situação de violência intrafamiliar na sua unidade e na rede de saúde de sua localidade.

9.7 Os homens e a violência: um olhar sociocultural

Antes de iniciarmos a nossa conversa, propomos que você assista ao filme *Não é fácil, não*! – *Prevenindo a violência de homens contra mulheres*. Ele mostra os acontecimentos ocorridos na vida de uma família simples brasileira entre o fim de um dia de trabalho e o início do dia seguinte. Tem como foco o tema da violência que ocorre nas relações de uma família e servirá de base para toda a discussão e a avaliação desse tópico.

Para refletir

Com base no filme *Não é fácil, não*! – *Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, reflita sobre os aspectos apresentados a seguir e, se tiver oportunidade, reúna um grupo para discuti-los:

- Fatores presentes na vida da família retratada que possam contribuir para a vulnerabilidade de seus integrantes à violência.
- Diga quais fatores são individuais, quais são relacionais, quais são comunitários e quais são sociais.
- Quais práticas sociais de prevenção à violência podem reduzir os fatores de vulnerabilidade identificados?
- A criança (que só o protagonista vê) contribuiu para melhorar a relação do casal? Em caso positivo, de que forma ela contribuiu?
- Quais tipos de violência podem ser identificados naquelas cenas de família?
- Para cada tipo de violência identificado, relacione qual a natureza da violência: física, sexual, psicológica ou por negligência.

Quando analisamos os dados epidemiológicos brasileiros sobre a violência, podemos verificar que, em geral, morrem mais homens do que mulheres em função desse tipo de problema. Por outro lado, os homens também são apontados como os principais responsáveis pela violência interpessoal, envolvendo homicídios, e agressões físicas e sexuais. Oliveira (2004) aponta que a masculinidade surgiu no século XVIII, para estabelecer critérios mais explícitos sobre a diferenciação entre os sexos.

Para refletir

O que você entende por masculinidade? Qual o papel da família e da escola na desconstrução dos estereótipos masculinos?

A masculinidade, situada no âmbito do gênero, representa um conjunto de atributos, valores, funções e condutas que se espera de um homem em uma determinada cultura (KEIJZER, 2003).

Vários estudos destacam a predominância dos homens nas situações de violências. Sobre isso, leia o capítulo “Homens e violências: relações naturalizadas e desafiadoras para a saúde”, de Romeu Gomes, Fatima Cecchetto e Marcos Nascimento (2017), disponível no livro *Novas e velhas faces da violência no século XXI*, organizado por Maria Cecília de Souza Minayo e Simone Gonçalves de Assis (2017).

Se você tiver interesse em saber com surgiu a expressão masculinidade, consulte a obra *A construção social da masculinidade*, de Pedro Paulo de Oliveira (2004) da Editora UFMG e IUPER.

Perante esse cenário, podemos nos perguntar por que são os homens os principais atores envolvidos em situações de violência, tanto como agressores quanto como vítimas. Se considerarmos a questão com um olhar sociocultural, talvez cheguemos à conclusão de que isso pode ocorrer porque eles são influenciados por características de ser homem presentes em modelos culturais de masculinidades.

Em várias sociedades, na socialização dos homens, a aquisição de atributos masculinos comumente se caracteriza por processos violentos (CECCHETTO, 2004). Isso nos leva a considerar que a violência assume um papel fundante da própria masculinidade.

O fato de encontrarmos estudos que concluem uma forte associação entre masculinidade e violência não pode fazer com que fixemos estereótipos de que ser homem é ser violento. Devemos considerar que junto ao modelo predominante de masculinidade, presente em cada sociedade, há outros modelos alternativos para se considerar o que é ser homem. Nessas alternativas de masculinidade, a violência pode não ser preponderante. Por outro lado, mesmo tratando-se de características de ser homem – predominantes em uma determinada cultura –, há os aspectos subjetivos. Em outras palavras, individualmente os homens podem atribuir diferentes sentidos aos padrões de masculinidade.

Outro aspecto importante a ser considerado na discussão é que a masculinidade é uma das referências de identidade para os homens. Junto a ela, existem outras, como classe social, raça/etnia e grupo etário. Nesse sentido, o *status* de ser homem também é influenciado pela classe social em que ele se situa, pela etnia/raça a que se filia e pelo momento de vida por ele vivenciado.

Muitas vezes, na convivência entre homens, mesmo havendo diferentes sentidos do que é ser masculino, eles costumam seguir os padrões predominantes de masculinidade para receberem o atestado de homem e não serem questionados.

Apesar de todas as mudanças, como assinala Gomes (2003b), ainda persiste entre os homens um discurso do senso comum que toma como referência de masculinidade padrões tradicionais, como poder, agressividade, iniciativa e sexualidade incontrolada, para a construção de suas identidades.

Nas experiências masculinas que envolvem interação, o consensual sobre o que é masculino se reproduz continuamente, modelando as condutas e os comportamentos. Mas isso não significa que haja um só padrão de masculinidade a ser seguido.

> Na realidade, existem masculinidades que convivem com a que podemos chamar de masculinidade hegemônica. “O modelo de masculinidade hegemônica é um modelo ideal, dificilmente seguido por todos os homens, mas que tem ascendência sobre outros modelos” (CECCHETTO, 2004, p. 67).

A dominação e a heterossexualidade costumam ser os eixos que estruturam a masculinidade hegemônica. Nesse modelo, dentre as suas principais características, destacam-se as seguintes: a força; o poder sobre os mais fracos (seja sobre as mulheres ou sobre outros homens); a atividade (entendida como o contrário de passividade, inclusive sexual); a potência; a resistência; e a invulnerabilidade.

Welzer-Lang (2001) observa que na educação dos meninos, ocorrida nos espaços masculinos – entendidos como lugares de homossociabilidade –, costuma-se inculcar nos pequenos homens a ideia de que, para ser um (verdadeiro) homem, eles devem combater os aspectos que poderiam fazê-los ser associados às mulheres.

Esses espaços – como pátios de colégios, clubes esportivos, bares, prisões, entre outros – não estão presentes apenas na infância dos homens, mas em todas as fases de sua vida.

Gomes (2003b) observa que, em algumas sociedades, surgiram tensões entre homens no sentido de conciliar padrões tradicionais de manutenção do poder do macho no âmbito das relações íntimas e a possibilidade de se viver uma sexualidade associada à afetividade em uma relação igualitária. Essas tensões foram interpretadas como a “crise

masculina”. Segundo o autor, independentemente do fato de existir ou não uma crise da masculinidade, não se pode desconsiderar que, junto aos resquícios dos padrões tradicionais, vislumbra-se a possibilidade de se pensar a sexualidade masculina a partir de outros referenciais.

No senso comum, a masculinidade costuma ser mecanicamente associada à violência. Isso ocorre de uma forma tão recorrente que fica parecendo que o uso da força física faz parte da essência de ser homem. Considerarmos a violência característica da masculinidade é bem diferente de acharmos que o homem é naturalmente violento. A “naturalização” da violência masculina tem sido bastante criticada, uma vez que pode nos remeter a uma redução do problema no campo biológico. Atualmente, o que predomina nos estudos sobre gênero é a ideia de que as diferenças de comportamento entre os sexos não se explicam apenas por diferenças biológicas. Como nos aponta Cecchetto (2004), o uso da violência física em determinados contextos culturais pode ser simbolicamente valorizado e, em outros, pode ser repudiado, denotando fraqueza e inferioridade.

Características da masculinidade hegemônica, como a força e o domínio, nos ajudam a compreender a violência tão presente nas relações homens-homens e homens-mulheres. Ao compreendermos tal fato, observaremos que a violência masculina não se reduz aos atos físicos; tampouco se revela de uma forma explícita. Nesse sentido, destacamos que há níveis de violência psicológica nas relações entre os gêneros e também ocorrem atos nessas relações que – embora não sejam reconhecidos como violência – violam o ser humano.

Por último, trazemos à reflexão as ideias de Bourdieu (1999), que chama a atenção para o fato de que, no cenário da dominação masculina, as vítimas não são apenas as mulheres. Os homens, sem perceberem, também são vítimas da própria dominação masculina. Assim, no fato de constantemente terem que atestar a sua virilidade, mesclada com a violência, os homens vivem a tensão e a

contensão. E, nesse processo de testagem, aquilo que é tido como “coragem” pode ser enraizado numa covardia, ou seja, pode se basear no medo “viril” de ser excluído do mundo dos “homens”.

A virilidade, como se vê, é uma noção eminentemente relacional, construída diante dos outros homens, para os outros homens e contra a feminilidade, por uma espécie de medo do feminino, e construída, primeiramente, dentro si mesmo (BOURDIEU, 1999, p. 67).

Para refletir

Uma cena do cotidiano

Na esquina de uma rua pouco movimentada, três rapazes de porte atlético riem de uma piada que um deles acaba de contar. No outro lado da mesma rua, dois jovens conversam amavelmente. Em determinado momento da conversação, um desses dois jovens acaricia o rosto do outro. Ao perceberem essa cena dos dois jovens, os três rapazes param de rir, se entreolham com um certo pasmo. Em seguida, como que de uma forma mecânica, atravessam a rua e começam a espancar os dois jovens.

Quais explicações podem ser apontadas para a reação violenta dos três atléticos rapazes?

De que maneira essa cena do cotidiano pode ser abordada pela área da saúde em geral, visando à promoção da saúde masculina?

Cite outras situações ligadas à masculinidade que você tenha vivenciado como profissional da saúde ou procure conhecer algumas com seus colegas de trabalho.

9.8 Grupos reflexivos de gênero: espaços de reconstrução do masculino

9.8.1 Por que trabalhar com os homens?

As ações de prevenção terciária da violência intrafamiliar e de gênero foram centradas, tradicionalmente, em ações de proteção e apoio às vítimas e unicamente de punição para os autores da violência. Esse modo de atuação reflete um reducionismo a fatores individuais, sejam biológicos ou intrapsíquicos, na compreensão das causas da violência e não abarca sua complexidade. Por essa via, resta ao autor da violência somente a punição ou um tratamento. Todo o campo relacional e cultural fica relegado ao esquecimento ou à sua evolução "natural", como se não nos coubesse nenhuma ação. Como assinala o "Relatório Mundial sobre Violência e Saúde":

> A violência é o resultado da complexa interação de fatores individuais, de relacionamento, sociais, culturais e ambientais. Entender como esses fatores estão relacionados à violência é um dos passos importantes na abordagem de saúde pública para evitar a violência (KRUG *et al.*, 2002, p. 12).

Ao levar em conta essa complexidade, colocar os homens em foco torna-se uma necessidade nas políticas públicas de prevenção à violência.

E, nesse caminho, disponibilizar um serviço que atenda aqueles que cometeram violência nos seus relacionamentos íntimos aumenta as chances de prevenir novos atos de violência – na mesma relação ou em novos relacionamentos em que venham a se envolver.

Dar atenção aos homens que cometeram violência não significa retirar deles a responsabilidade por seus atos. Podemos pensar a violência fazendo uma distinção entre ato e processo. Um ato de violência tem um autor e uma vítima, mas o processo pelo qual aquele ato tornou-se possível tem a participação de todos que fazem parte daquele contexto. Se quisermos ter ações eficazes e efetivas de prevenção desse fenômeno, devemos olhar tanto para o ato quanto

para o processo. O autor do ato deve ser responsabilizado e responder por isso, e a vítima do ato deve ser cuidada e protegida, mas é preciso oferecer aos dois, e a outros diretamente envolvidos, a possibilidade de um espaço de reflexão sobre o processo – a dinâmica relacional que tornou o ato possível – para que se evite a reincidência e a cristalização de papéis (ZUMA, 2004).

Uma das queixas mais frequentes dos homens sobre seus relacionamentos com as mulheres diz respeito à violência psicológica delas: "se o homem tem o braço, a mulher tem a língua". São inúmeras as descrições de humilhações, desqualificações e comparações com outros homens que atingem a autoestima e promovem sentimentos de mágoa e frustração.

A maioria dessas desqualificações cobra dos homens um desempenho de acordo com os rígidos esquemas de gênero em que toda a sociedade (homens e mulheres) está imersa. Por exemplo, dizer que ele não está sendo homem o bastante, quando não traz dinheiro para casa.

Descrever a relação entre violência e masculinidade sob uma perspectiva sociocultural e, portanto, desnaturalizá-la, nos torna potentes para transformar o modelo hegemônico de masculinidade, dando voz e vez a outras masculinidades possíveis. Considerar fatores culturais promove a incorporação de práticas que levem à reflexão sobre valores e ao que eles geram em termos de condutas. Seja sob o recorte étnico, de gênero, de orientação sexual, de geração, de nível de educação formal ou de poder de compra, todos participamos – ora de um lado, ora de outro – dessa cultura da hierarquização, da dominação, da submissão, da desconfiança e do controle; da luta e da competição; dessa cultura patriarcal, na qual o mundo é dividido entre senhores e servos ou entre os que têm ou não direitos. Nesse sentido, refletir sobre os valores do patriarcado tem-se mostrado potente instrumento de transformação.

No filme já citado *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, vemos a importância da violência psicológica que o homem vivencia nas relações interpessoais. Outros materiais sobre o tema podem ser obtidos no site: www.noos.org.br, do Instituto Noos.

9.8.2 Os grupos de reflexão

Os grupos reflexivos de gênero com homens autores de violência são espaços onde ocorrem conversas sobre temas escolhidos pelo próprio grupo ou propostos pelos facilitadores. Não existe uma forma única de conduzir esse trabalho, mas, geralmente, são encontros com cerca de duas horas de duração, com frequência semanal, quinzenal ou mensal, podendo contemplar 10, 15 ou até 20 encontros. De maneira geral, são grupos fechados, isto é, depois do terceiro ou quarto encontro não é possível entrar novo participante, e os membros do grupo estabelecem regras de como querem agir em relação às faltas e aos atrasos de seus participantes. São utilizados, comumente, alguns deflagradores de conversa para iniciar a discussão sobre o tema do dia. Esses deflagradores podem ser uma dinâmica corporal, uma dinâmica com técnicas narrativas, uma brincadeira ou outras possibilidades, dependendo da criatividade dos facilitadores e dos demais participantes (ACOSTA; ANDRADE; BRONZ, 2004).

Desde o advento da lei Maria da Penha, houve um aumento no número de programas voltados a homens autores de violência, podendo ser realizados por Juizados da Violência Doméstica e Familiar Contra a Mulher e outras

instâncias governamentais e não governamentais. A experiência de alguns grupos reflexivos mostra que os homens se sentem beneficiados por participarem de um espaço de conversa, onde, diferentemente de outros espaços exclusivamente masculinos, não precisam exaltar suas características de conquistadores – fortes, destemidos e vitoriosos. Podem falar de suas vulnerabilidades, inabilidades e de seus medos. Mas não é nenhum espaço idílico, sem conflitos; ao contrário, há muitos embates sobre valores e condutas. Nesse sentido, é também um espaço de aprendizado, onde se reconhece que as diferenças individuais geram conflitos, que eles são inerentes à convivência, mas que podemos encontrar formas não violentas de lidar com eles. A violência é uma forma de resolver conflitos, mas é uma forma que traz consequências muito ruins para a saúde das pessoas e dos relacionamentos. Estudos também apontam que a maioria dos homens hoje autores de violência, que frequentam os grupos, foram vítimas ou testemunhas de violência intrafamiliar quando crianças ou adolescentes, como demonstram outros estudos (ACOSTA; BARKER, 2003).

Se você tem interesse em saber mais sobre os grupos reflexivos, leia o livro *Homens e violência contra mulheres: pesquisas e intervenções no contexto brasileiro*, organizado por Adriano Beiras e Marcos Nascimento, editado pela Editora Noos e publicado em 2017.

Para refletir

Você já participou, como profissional da saúde, de grupos reflexivos de gênero? Avalie sua experiência. Caso não tenha participado, procure profissionais que tenham a experiência e converse com eles.
Como eles veem esse trabalho? Quais são as dificuldades e as formas de atuação?

Na forma de grupos fechados, sistematizados, voltados para um recorte da população masculina ou na forma de oficinas pontuais, abertas, com flexibilidade de público, os grupos reflexivos de gênero cumprem o objetivo de oferecer um espaço de reflexão coletiva sobre a identidade masculina e sua construção, suas dores e delícias, sobre as condutas geradas por essas construções e suas consequências, e de abrir espaço para um projeto de futuro, ao propor a pergunta: que homens queremos ser?

Para refletir

O que você pensa sobre a utilização dos grupos reflexivos de gênero como recurso para encaminhamento dos homens que cometeram violência contra suas companheiras?
Em sua opinião, o que deveria ser tratado nos grupos de reflexão de homens envolvidos com a violência?
E como deveriam ser desenvolvidos tais grupos?

9.8.3 Homofobia é violência!

A LGBTfobia, comumente conhecida como homofobia, é uma forma de violência que tem raízes em questões de gênero e sexualidade. De modo geral, é compreendida como a atitude de colocar lésbicas, *gays,* bissexuais, travestis e transexuais, ou aqueles/as identificados como tal, em uma condição de inferioridade ou de anormalidade, com base em uma lógica heteronormativa, ou seja, de valorização e

compreensão da heterossexualidade como norma para as experiências da sexualidade. Tal atitude pode se manifestar de diferentes formas: medo, aversão, ódio, violência e discriminação. A expressão pode ser especificada conforme os diferentes grupos a que se refere. Assim, a homofobia é usada para referir-se a homens *gays*, a que atinge lésbicas é referida como lesbofobia; a que atinge homens e mulheres bissexuais, como bifobia; e a que atinge pessoas trans, como transfobia.

A heterossexualidade diz respeito a desejos, práticas sexuais e relações afetivas entre pessoas de sexo/gênero diferentes.

A homossexualidade diz respeito a desejos, práticas sexuais e relações afetivas entre pessoas do mesmo sexo/gênero.

A bissexualidade diz respeito a desejos, práticas sexuais e relações afetivas entre pessoas de ambos sexo/gênero.

Um caso de homofobia

Um casal de homossexuais foi agredido de madrugada em frente a um restaurante em uma rua movimentada de uma grande cidade brasileira. Pedro (37 anos) e seu namorado Rodrigo foram espancados. Um deles teve a perna quebrada e o lábio aberto por causa dos socos. O casal estava com uma amiga no restaurante. Ela foi assediada por dois homens. Segundo Pedro, os agressores, com idades entre 25 e 30 anos, voltaram a assediar a moça e começaram a provocar ele e o namorado em um posto de combustíveis próximo ao bar, chamando-os de “viados”. Pedro, então, pediu que eles parassem com as provocações e atravessou a rua,

em direção à sua casa. Os dois agressores, então, foram atrás do casal e continuaram as provocações.

A história de Pedro e Rodrigo ilustra um episódio de violência contra homossexuais, aspecto frequente na sociedade brasileira, que merece ser reconhecido como tal e prevenido em todas as esferas da sociedade. Borges e Meyer (2008) informam que, no Brasil, a violência por discriminação sexual mata em torno de 150 pessoas por ano, e Junqueira (2007) afirma que o país é o campeão mundial de assassinatos contra aqueles considerados das sexualidades não hegemônicas (média brasileira de um assassinato a cada três dias). Carrara e Vianna (2004) analisaram assassinatos de homossexuais e o papel da justiça, constatando que os homicídios contra homossexuais ocorridos no Rio de Janeiro aconteceram com requintes de crueldade e humilhações; os determinantes de classe social, nível educacional, local de moradia e nível econômico explicam o desenvolvimento dos processos na justiça.

Identidade de gênero refere-se à maneira como alguém se sente e se apresenta para si e para os demais como homem ou mulher, ou ainda uma mescla de ambos, independentemente do sexo biológico e da orientação sexual.

Orientação sexual diz respeito à inclinação do desejo afetivo e erótico. Esse desejo, ao direcionar-se, pode ter como único ou principal objeto pessoas do sexo oposto (heterossexualidades), pessoas do mesmo sexo (homossexualidades) ou de ambos os sexos (bissexualidades). Esses termos estão no plural, pois existem várias dinâmicas e formas de expressão do desejo.

A sopa de letrinhas

A sigla LGBTI+ corresponde a lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais, interssexos e outras expressões de gênero e da sexualidade. Essas identidades contemplam uma diversidade de gêneros e de sexualidades o que, muitas vezes, causa confusão. Conheça os diferentes grupos a seguir:

- **Homossexual** é a pessoa que se sente atraída sexual, emocional ou afetivamente por pessoas do mesmo sexo/gênero. Assim, o termo homossexual pode se referir a homossexuais femininas – lésbicas, ou homossexuais masculinos – *gays*.
- ***Gay***, pessoa do gênero masculino (cis ou trans), que tem desejos, práticas sexuais e/ou relacionamento afetivo-sexual com outras pessoas do gênero masculino.
- **Lésbica**, mulher que é atraída afetiva e/ou sexualmente por pessoas do mesmo sexo/gênero (cis ou trans).
- **Transgênero**, terminologia utilizada para descrever pessoas que transitam entre os gêneros. São pessoas cuja identidade de gênero transcende as definições convencionais de sexualidade.
- **Pessoas trans** possuem uma identidade de gênero diferente do sexo designado no nascimento. As pessoas transexuais podem ser homens ou mulheres, que procuram se adequar à identidade de gênero. Algumas pessoas trans recorrem a tratamentos médicos, que vão da terapia hormonal à cirurgia de redesignação sexual. São usadas as expressões homem trans e mulher trans.
- **Travesti** refere-se a uma construção de gênero feminino oposta ao sexo biológico, seguida de uma construção física de caráter permanente, que se

identifica na vida social, familiar, cultural e interpessoal, através dessa identidade. Existe o grupo dentro desse segmento que se autoafirma ‘mulheres travestis’. Atualmente, o termo travesti adquiriu um teor político de ressignificação de termo historicamente tido como pejorativo.

- **Cisgênero** é o termo utilizado para descrever pessoas que não são transgênero (mulheres trans, travestis e homens trans). “Cis-” é um prefixo em latim que significa “no mesmo lado que” e, portanto, é oposto de “trans-”. Refere-se ao indivíduo que se identifica, em todos os aspectos, com o gênero atribuído ao nascer.

Fonte: Manual de Comunicação LGBTI+. Aliança Nacional LGBTI+ e Gay Latino (2018).

A partir da década de 1980, no Brasil, a luta pelos direitos humanos de *gays*, lésbicas, travestis, transgêneros e bissexuais se destaca com a multiplicação de associações e grupos ativistas. Na esfera das políticas públicas, o debate, nacional e internacionalmente, sobre homofobia despontou recentemente. O tema da discriminação com base na orientação sexual foi suscitado pelas Nações Unidas na Conferência Mundial de Beijing, realizada em 1995. Todavia, o debate sobre a não discriminação com base na orientação sexual foi retomado de forma organizada mais tardiamente, durante a preparação da Conferência Mundial contra o Racismo, a Discriminação Racial, a Xenofobia e Formas Conexas de Intolerância, realizada em Durban, África do Sul, em 2001.

O Brasil levou o tema para a Conferência Regional das Américas, realizada em Santiago do Chile, em 2000, preparatória para a Conferência de Durban. A Declaração de Santiago compromete todos os países do continente americano com o tema da orientação sexual entre as bases

de formas agravadas de discriminação racial e exorta os Estados a preveni-la e combatê-la.

Para saber mais acesse:

- Brasil Sem Homofobia. Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/brasil_sem_homofobia.pdf
- Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos (ABGLT), em: https://www.abglt.org/

Durante a Conferência Mundial de Durban, o Brasil propôs a inclusão do tema orientação sexual entre as formas de discriminação que agravam o racismo e foi apoiado por várias delegações. Todavia, a discussão não foi incorporada ao texto final da Declaração de Plano e Ação da Conferência de Durban. Ações vêm sendo implementadas no Brasil desde esse momento, tais como Brasil Sem Homofobia; Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual, lançado pelo governo federal em 2004; e o Plano Nacional de Promoção da Cidadania e Direitos Humanos de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais, de 2009. No entanto projetos de lei que visam à lei sobre identidade de gênero (Lei João Nery) e a criminalização da homofobia seguem em tramitação na esfera do legislativo.

Para refletir

O que você pensa sobre a LGBTfobia?
No seu serviço, você já atendeu situações que envolvem a LGBTfobia?
Considerando as violências cometidas nas relações de gênero e levando em conta a realidade local, responda às seguintes questões:

1. Como os serviços de saúde podem participar na prevenção da violência de gênero em sua comunidade?
2. Quais estratégias podem ser desenvolvidas especificamente para o envolvimento de mulheres em ações que visam à prevenção da violência?
3. Quais estratégias podem ser desenvolvidas especificamente para o envolvimento de homens em ações que visam à prevenção da violência?
4. Quais estratégias podem ser desenvolvidas conjuntamente com homens e mulheres para o envolvimento da comunidade em ações que visam à prevenção da violência?
5. Quais estratégias podem ser desenvolvidas para atuar perante a homofobia, a partir do atendimento oferecido em seu serviço?

9.9 Referências

ACOSTA, F.; ANDRADE, F. A.; BRONZ, A. *Conversas homem a homem*: grupo reflexivo de gênero: metodologia. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2004.

ACOSTA, F.; BARKER, G. *Homens, violência de gênero e saúde sexual e reprodutiva*: um estudo sobre homens no Rio de Janeiro/Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Noos, 2003.

ALMEIDA, M. G. *Atitude contra a violência*: protocolo de assistência à saúde sexual e reprodutiva pra mulheres em situação de violência de gênero. [*S. l.: s. n.*], 2002.

ASSIS, S. G.; AVANCI, J. Q. *Labirinto de espelhos*: a formação da autoestima na infância e adolescência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

ASSIS, S. G. *et al*. *Por que é importante ajudar os filhos a "dar a volta" por cima*?: conversando com pais de crianças e adolescentes sobre as dificuldades da vida. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP: Claves: CNPq, 2006a.

ASSIS, S. G. *et al*. *Resiliência na adolescência*: refletindo com educadores sobre superação de dificuldades. Rio de Janeiro: Fiocruz /ENSP: Claves: CNPq, 2005.

ASSIS, S. G. *et al*. *Superação de dificuldades na infância e adolescência*: conversando com profissionais de saúde sobre resiliência e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz /ENSP: Claves: CNPq, 2006b.

BORGES, Z. N.; MEYER, D. E. Limites e possibilidades de uma ação educativa na redução da vulnerabilidade à violência e à homofobia. *Ensaio*: avaliação e políticas públicas na educação, Rio de Janeiro, v. 16, n. 58, p. 59-76, jan./mar. 2008.

BOURDIEU, P. *A dominação masculina*. Rio de Janeiro: B. Brasil, 1999.

BRASIL. *Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.406, de 5 de novembro de 2004*. Institui serviço de notificação

compulsória de violência contra a mulher, e aprova instrumento e fluxo para notificação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004a. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2004/prt2406_05_11_2004_rep.html. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos*: uma prioridade do governo. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher*: princípios e diretrizes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004b. Disponível em: http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*: norma técnica. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno6_saude_mulher.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes*: norma técnica. 3. ed. atual e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf. Acesso em: 12 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Violência intrafamiliar*: orientações para prática em serviço. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Participação do Brasil na 29ª sessão do Comitê para a Eliminação da Discriminação contra a Mulher*: CEDAW. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004c.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2004d.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres 2013-2015.* Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2013.

BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher*: plano nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003b.

BRASIL. Secretaria Nacional dos Direitos Humanos. *Uma vida sem violência é um direito nosso*. Brasília, DF: Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, 1998.

BUARQUE, Chico. *Mulheres de Atenas*. Belo Horizonte, [2018]. [*Site*] Letras. Disponível em: https://www.letras.mus.br/chico-buarque/45150/. Acesso em: 1 jun. 2020.

BUARQUE, Chico. *Vida*. Belo Horizonte, [2014]. [*Site*] Letras. Disponível em: https://www.letras.mus.br/chico-buarque/86081/. Acesso em: 1 jun. 2020.

BUVINIC, M.; MORRISON, A. R.; SHIFTER, M. Violência nas Américas: um plano de ação. *In*: MORRISON, A. R.; BIEHL, M. L. (org.). *A família ameaçada*: violência doméstica nas Américas. Rio de Janeiro: FGV, 2000. p. 19-48.

CARDOSO, N. M. B. Mulheres em situação de violência conjugal: incidência, conceitos, fatores associados e conseqüências da violência. *Barbarói*, Santa Cruz do Sul, v. 4/5, p. 69-80, 1996.

CARRARA, S. L.; VIANNA, A. R. B. As vítimas do desejo: os tribunais cariocas e a homossexualidade nos anos 1980. *In*: PISCITELLI, A.; GREGORI, M. F.; CARRARA, S. L. (org.). *Sexualidade e saberes*: convenções e fronteiras. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.

CAVALCANTI, L. F. *Ações da assistência pré-natal voltadas para a prevenção da violência sexual*: representação e práticas dos profissionais de saúde. 2004. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

CAVALCANTI, L. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. Representações sociais de profissionais de saúde sobre violência sexual contra a mulher: estudo em três maternidades públicas municipais do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, p. 31-39, 2006.

CAVALCANTI, M. L. T. *A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família*: dificuldades e potencialidades. 2002. Tese (Doutorado) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CECCHETO, F. R. *Violência e estilos de masculinidade*. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

CONSELHO NACIONAL DE COMBATE À DISCRIMINAÇÃO (Brasil). *Brasil sem homofobia*: Programa de Combate à Violência e à Discriminação contra GLTB e de Promoção da Cidadania Homossexual. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

CORRÊA, S. Violência de gênero como questão de direitos humanos e desafio de política pública. *In*: COSTA, D. M.

(org.). *Gênero e mercocidades brasileiras*: violência contra a mulher. Rio de Janeiro: IBAM/ISER, 2003. p. 143-158.

CRESPO, V.; REZENDE, L. S. *Assédio moral*: entre o amor e a perversidade. Rio de Janeiro: Bruxedo, 2004. CYRULNIK, B. *Os patinhos feios*. São Paulo: M. Fontes, 2004.

DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; SILVA, C. M. F. P. Caracterização dos casos de violência doméstica contra a mulher atendidos em dois hospitais públicos do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 1, p. 129-137, 2000.

DREZZET, J. *Estudo de fatores relacionados com a violência sexual contra crianças, adolescentes e mulheres adultas*. 2000. Tese (Doutorado) – Centro de Referência da Saúde da Mulher e de Nutrição, Alimentação e Desenvolvimento Infantil, São Paulo, 2000.

FAÚNDES, A. Assistência integral à mulher vítima de violência sexual. *Jornal da FEBRASGO*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 4-5, 2000.

FERNÁNDEZ ALONSO, M. C. Violencia doméstica: reto y compromiso para el médico de familia. *Atención Primaria*, Barcelona, v. 32, p. 193-194, 2002.

GIFFIN, K. Violência de gênero, sexualidade e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 10, p. 146-155, 1994. Suplemento 1.

GOMES, R. A mulher em situações de violência sob a ótica da saúde. *In*: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003a. p. 199-222.

GOMES, R. Sexualidade masculina e saúde do homem: proposta para uma discussão. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 825-829, 2003b.

GOMES, R.; MINAYO, M. C. S.; SILVA, C.F.R. Violência contra a mulher: uma questão transnacional e transcultural das

relações de gênero. *In*: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 117-140.

HEILBORN, M. L. Construção de si, gênero e sexualidade. *In*: HEILBORN, M. L. (org.). *Sexualidade*: o olhar das ciências sociais. Rio de Janeiro: J. Zahar, 1999. p. 40-58.

HEISE, L.; ELLSBERG, M.; GOTTEMOELLER, M. *Como acabar com a violência contra as mulheres*. Baltimore: Johns Hopkins School of Public Health/Population Information Program, 1999.

JUNQUEIRA, R. O reconhecimento da diversidade sexual e a problematização da homofobia no contexto escolar. *In*: SEMINÁRIO CORPO, GÊNERO E SEXUALIDADE: DISCUTINDO PRÁTICAS EDUCATIVAS, 3., 2007, Rio Grande. *Anais* [...]. Rio Grande: Ed. da FURG, 2007.

KEIJZER, B. Hasta donde el cuerpo aguante: género, cuerpo y salud masculina. *In*: CÁCERES, C. F. *et al.* (ed.). *La salud como derecho ciudadano*: perspectivas y propuestas desde América Latina. Lima: Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Herida, 2003. p. 137-152.

KRUG, E. G. *et al*. (ed.). *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

MATURANA, H. Biología y violencia. *In*: CODDOU, F. *et al*. *Violencia*: en sus distintos ámbitos de expresión. Santiago de Chile: Dólmen, 1995.

MENDES, C. H. F. *Vozes do silêncio*: estudo etnográfico sobre violência conjugal e fertilidade feminina. 2005. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2005.

OLIVEIRA, P. P. *A construção social da masculinidade*. Belo Horizonte: UFMG, 2004.

PITANGUY, J. *A questão de gênero no Brasil*. Brasília, DF: Banco Mundial, 2003a.

PITANGUY, J. Violência de gênero e saúde: interseções. *In*: BERQUÓ, E. (org.). *Sexo e vida*. Campinas: Unicamp, 2003b. p. 319-335.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Controle social*: uma questão de cidadania: saúde é assunto para mulheres. Brasília, DF: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2002.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). A presença da mulher no controle social das políticas de saúde. *In*: CAPACITAÇÃO DE MULTIPLICADORAS EM CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS DE SAÚDE. *Anais da* [...]. Belo Horizonte: Mazza Edições, 2003.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Saúde da mulher e direitos reprodutivos*: dossiês. São Paulo: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2001.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Violência de gênero contra meninas*: dossiê. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005a.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Violência doméstica ou intra-familiar*: exploração sexual e comercial: dossiê. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005b.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS (Brasil). *Violência institucional por ação ou omissão*: dossiê. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, 2005c.

SAFFIOTI, H. I. B. Violência de gênero no Brasil contemporâneo. *In*: SAFFIOTI, H. I. B.; VARGAS, M. M. *Mulher brasileira é assim*. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos, 1995. p. 151-185.

SCHRAIBER, L. B.; D'OLIVEIRA, A. F. L. P. Violência contra mulheres: interfaces com a saúde. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, n. 3, p. 11-26, 1999.

SCHRAIBER, L. B. *et al*. Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, n. 36, p. 470-477, 2002.

SCHRAIBER, L. B.; GOMES, R.; COUTO, M. T. Homens na pauta da saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 7-17, 2005.

SOARES, B. M. *Mulheres invisíveis*: violência conjugal e novas políticas de segurança. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.

SOUZA, C. M.; ADESSE, L. *Violência sexual no Brasil*: perspectivas e desafios. Brasília: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2005.

TRAJANO, A. J. B. *et al*. Gravidez e sexualidade: medo e desejo: estudo qualitativo com puérperas em duas maternidades públicas do Rio de Janeiro. *Jornal Brasileiro de Ginecologia*, Rio de Janeiro, n. 108, p. 395-403, 1998.

VIOLÊNCIA contra a mulher: um guia de defesa, orientação e apoio. Rio de Janeiro: CEPIA: CEDIM, 2004.

WELZER-LANG, D. A construção do masculino: dominação das mulheres e homofobia. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, v. 2, p. 460-482, 2001.

ZUMA, C. E. *A violência no âmbito das famílias*: identificando práticas sociais de prevenção. 2004. Trabalho de conclusão de curso (Especialização em Gestão de Iniciativas Sociais) – LTDS, COPPE, UFRJ, SESI/DN, Rio de Janeiro, 2004.

10. Violência contra a pessoa idosa: o desrespeito à sabedoria e à experiência

Edinilsa Ramos de Souza, Amaro Crispim de Souza, Bruno Costa Poltronieri

“Há três métodos para ganhar sabedoria: primeiro, por reflexão, que é o mais nobre; segundo, por imitação, que é o mais fácil; e terceiro, por experiência, que é o mais amargo” (CONFÚCIO, 551 a.C.-479 a.C.).

Este capítulo objetiva refletir sobre a velhice – o último ciclo da vida – e suas relações com a violência. Nele, inicialmente, procuramos definir o que é ser velho e compreender o envelhecimento com base em suas diferentes dimensões, em um processo que se constitui por características individuais, mas que também é social,

histórico e cultural. Em seguida, abordamos as violências que são cometidas contra as pessoas idosas, buscando identificar os fatores de risco e de proteção a elas relacionados. Por fim, destacamos a prevenção da violência nessa fase da vida, enfatizando a importância das redes de apoio social.

10.1 O que é ser velho?

Iniciamos esta reflexão com uma pergunta porque conceituar a velhice e o processo de envelhecimento é algo extremamente complexo. A compreensão do que é ser velho e do que é a velhice varia no tempo e no espaço, e expressa traços característicos da cultura local. De uma forma geral, podemos afirmar que “a velhice é apropriada e elaborada simbolicamente por todas as sociedades, em rituais que definem, a partir de fronteiras etárias, um sentido político e organizador do sistema social” (MINAYO; COIMBRA JÚNIOR, 2002, p. 14).

A definição etária para identificação da velhice varia muito entre os países e culturas, apresentando uma forte ligação com o grau de desenvolvimento socioeconômico, a expectativa de vida e as taxas de natalidade da população. Nas sociedades mais desenvolvidas socioeconomicamente, com grande parcela de pessoas idosas, elevada expectativa de vida e garantia dos direitos básicos à sobrevivência há uma visão particular sobre o que é ser velho e envelhecer. Essa concepção será diferente em outra sociedade constituída majoritariamente por jovens, cuja população tem baixa expectativa de vida e os direitos básicos à saúde, educação e habitação ainda não estão garantidos. Além disso, também contribui para percepções diferenciadas a forma como as sociedades foram historicamente se organizando e construindo seus valores culturais, sobretudo em relação à família e aos seus idosos. Portanto, para

compreender tais processos é necessário situar o idoso em um meio específico, verificando até que ponto e em que medida os contextos contribuem para sua saúde ou doença.

No Brasil, por exemplo, o processo de envelhecimento da população ocorreu de forma muito acelerada, fazendo com que a esperança de vida ao nascer quase dobrasse em poucas décadas. Se compararmos o mesmo fenômeno ao ocorrido nos países europeus, podemos perceber que nestes o envelhecimento de sua população vem acontecendo de forma gradual ao longo dos últimos 140 anos.

É importante ressaltar que o envelhecimento da população não é um fenômeno exclusivo da Europa e do Brasil. Veras (2002) destaca que a esperança de vida cresceu mundialmente cerca de trinta anos no último século, sobretudo para as mulheres, o que contribui para constituir uma feminização da velhice, tendo em vista que muito mais mulheres alcançam essa fase da vida. Outra característica desse fenômeno é o aumento da proporção de idosos com mais de 80 anos que, muitas vezes, cuidam de outro idoso ou ajudam financeiramente familiares mais jovens (CHAIMOWICZ, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Rede Internacional de Prevenção de Abusos em Pessoas Idosas (INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE, 2002) estimam que a população mundial de idosos, em 2025, será o dobro da atual, somando 1,2 bilhão de pessoas. Minayo (2003) pontua que, embora os idosos formem um grupo proporcionalmente maior nos países desenvolvidos, é nas nações subdesenvolvidas e em desenvolvimento que ele mais cresce, exigindo políticas públicas e ações sociais específicas de proteção, cuidado e atenção.

A OMS teve um papel fundamental na sensibilização para as questões envolvidas no processo de envelhecimento da população mundial. A organização define como idosa a pessoa com 60 ou mais anos para países em desenvolvimento e com 65 anos para países desenvolvidos. No Brasil, é considerada idosa a pessoa com mais de 60 anos, independentemente do sexo. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (IBGE, 2015), essa parcela representava 14,3% da população em 2015, constituindo um grupo de aproximadamente 29,56 milhões de pessoas acima de 60 anos de idade.

10.2 As dimensões do envelhecimento

A velhice pode ser definida como um processo biológico constituído pela capacidade orgânica e mental para responder às necessidades da vida cotidiana, e pela motivação para continuar buscando novos objetivos e novas conquistas. Esse processo pode ser reconhecido por sinais internos e externos do corpo que podem ser abordados por meio de distintas dimensões (BEAUVOIR, 1990).

Assim, do ponto de vista individual, as características pessoais, genéticas e de personalidade podem favorecer ou dificultar a adaptação das pessoas a essa nova fase da vida. Isso nos introduz na dimensão psicológica do envelhecimento, que se pode expressar por uma inadequação entre o processo biológico de envelhecer e as exigências do meio em que a pessoa vive. As angústias vividas nessa tentativa de se adequar à nova realidade podem provocar transtornos emocionais, como medo, fobia e isolamento social diante da desvalorização da velhice pela sociedade. Contribuem para a ocorrência de rupturas da trajetória psíquica e afetiva acontecimentos vitais ou modificações fisiológicas como:

- privações sensoriais e comprometimento da motricidade resultantes de doenças, gerando limitações e incapacidades;
- a aposentadoria, que pode tornar o idoso, material e financeiramente, dependente de sua família e de outras pessoas;
- privações sociais; com a diminuição do seu dinamismo, ocorre uma propensão à introversão e situações de isolamento social favorecem o aparecimento de medos, angústias e solidão;
- acontecimentos dolorosos como rupturas com o trabalho, perda de amigos e familiares que morrem, entre outras situações que contribuem para seu isolamento e solidão;
- permanência em instituições de longa permanência para idosos (ILPI) ou hospitais, levando à perda do seu referencial domiciliar e da sua subjetividade;
- acometimento de doenças crônicas e degenerativas como as síndromes demenciais e doença de Parkinson que levam o idoso a uma condição de dependência e falta de autonomia para realizar as atividades do dia a dia.

A forma como a sociedade se apropria do processo de envelhecimento revela a dimensão social desse fenômeno. É comum que com o avançar da idade a pessoa tenha seu ambiente alterado, seja por rupturas com o trabalho, com amigos e familiares, seja por mudanças no domicílio ou outras. Essas mudanças podem revelar a diminuição do dinamismo, a negação das vontades e da subjetividade do idoso, o que promove processos de introversão e isolamento social, favorecendo o aparecimento do medo, da angústia e da solidão.

As características biológicas e psicológicas não são independentes dos contextos socioculturais, o que significa que as pessoas enfrentarão limitações físicas, psicológicas e

barreiras sociais que podem limitar seus horizontes, tendo como pano de fundo preconceitos e estereótipos que acarretam desrespeito e falta de cuidado em maior ou menor grau, em função do espaço social onde estejam inseridas.

> A velhice pode ser entendida como um ponto do ciclo da vida orgânica e social, e o idoso é visto, socialmente, como aquele que tem sinais de senilidade e incapacidade física e mental.

Portanto, a visão que se tem desse segmento populacional pode se basear em paradigmas negativos, no qual o idoso é dependente e vulnerável em termos econômicos, de saúde e de autonomia, sem possuir mais qualquer papel social, e a velhice é vista como sinônimo de perdas. Essa visão, embora negativa, orientou algumas políticas públicas no Brasil, dirigidas à promoção de direitos sociais e à universalização da aposentadoria.

Os primeiros marcos legais relacionados com a garantia de direitos dos idosos no Brasil datam de 1891, quando a Constituição Federal fez referência à aposentadoria por invalidez e não por idade (RAMOS, 2002). Somente a partir de 1934, a legislação passou a contemplar a aposentadoria por idade, sendo esse benefício ofertado em razão de o idoso ser considerado vulnerável e dependente. No entanto, apenas a partir de 1980 esta visão sobre o idoso começa a mudar, seguindo a influência dos debates internacionais sobre a entrada de novas estratégias e políticas para os idosos, sendo a I Assembleia Mundial sobre Envelhecimento um marco para a constituição de novas políticas em diversos países do mundo e no Brasil (CAMARANO, 2016).

Na Constituição brasileira de 1988 foi introduzido o conceito de seguridade social, e a responsabilidade sobre o idoso é dividida entre a família, a sociedade e o Estado, os quais devem assegurar sua participação na comunidade, defender sua dignidade e bem-estar e garantir o seu direito

à vida. Entre os direitos sociais garantidos aos idosos, atualmente, está a gratuidade nos transportes coletivos urbanos aos maiores de 65 anos, o atendimento preferencial em todas as instituições, e o benefício de prestação continuada às pessoas maiores de 65 anos com renda familiar *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo e inscritas no cadastro único (CAMARANO; PASINATO, 2004). No Brasil, o salário mínimo desde janeiro de 2018 é de R$ 954,00 (novecentos e cinquenta e quatro reais), equivalente a cerca de 300 dólares à época.

O quadro a seguir apresenta uma síntese cronológica recente das principais políticas direcionadas especificamente aos idosos no Brasil.

Quadro 1 – Cronologia das principais políticas direcionadas aos idosos no Brasil

Ano	Política
1994	Lei n. 8.842 institui a Política Nacional do Idoso, que cria o Conselho Nacional do Idoso
1999	Portaria n. 1.395 institui a Política Nacional de Saúde do Idoso
2002	Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, aprovado na II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas
2003	Lei n. 10.741 institui o Estatuto do Idoso. Os artigos 19 e 57 determinam que é responsabilidade dos profissionais da saúde e instituições notificarem os casos de abuso aos Conselhos do Idoso (municipais, estaduais ou federais)
2005	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, pela Subsecretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, para o período 2005-2006
2006	Portaria n. 2.528 atualiza a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
	1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, com criação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (Renadi)
2007	Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa, para o período 2007-2010

Ano	Política
2009	Decreto n. 6.800 dá nova redação ao artigo 2º da Política Nacional do Idoso, que define as atribuições da Secretaria Especial de Direitos Humanos
2010	2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
2011	3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
	Lei n. 12.461 altera a Lei n. 10.741, ao estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde
2013	Lei n. 12.896 veta a exigência de comparecimento do idoso enfermo aos órgãos públicos e assegura o atendimento domiciliar para obtenção de laudo de saúde
2017	Lei n. 13.466 assegura prioridade especial aos idosos maiores de oitenta anos
2018	Decreto n. 9.328, de 2018, institui a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, que incentiva as cidades a promoverem ações destinadas ao envelhecimento ativo, saudável, sustentável e cidadão da população, principalmente das pessoas mais vulneráveis

Fonte: Elaboração dos autores.

A construção desse conjunto de marcos legais vem implementando, na realidade brasileira, um processo de mudança na abordagem da velhice com o objetivo de transformar a última fase da vida num momento propício para novas conquistas e busca de satisfação pessoal, através de maior participação social e manutenção ou

constituição de seus papéis ocupacionais. Essa dimensão ética visa resgatar o idoso como possuidor de uma vida ativa, de uma identidade que busca criar uma nova imagem na qual o envelhecimento é considerado uma conquista social. O idoso é aquele que tem disponibilidade para o consumo, que contribui com a família, a sociedade e o desenvolvimento econômico. Tais mudanças conferem ao idoso um protagonismo econômico e social na família, assumindo, muitas vezes, o papel de único provedor ou provedor majoritário do sustento do grupo familiar, o que deve ser estudado com mais profundidade, pois pode se constituir em fator de risco importante, como poderá ser visto ainda neste capítulo.

> No Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2015), de 2005 a 2015 diminuiu a proporção de idosos ocupados que recebiam aposentadoria de 62,7% para 53,8%, e aumentou de 47,6% para 52,3% a participação de pessoas com 60 a 64 anos ocupadas. Isso reforça a desigualdade social existente no país em relação às condições de trabalho, renda e alterações legislativas nas regras dos regimes previdenciários, cujo objetivo tem sido postergar a concessão de aposentadoria.

No ano de 2000, 42,8% das pessoas com 60 anos ou mais tinham um rendimento mensal de um salário mínimo. A síntese de indicadores sociais do IBGE indicou que arranjos familiares com, ao menos, uma pessoa de 60 anos ou mais diminuíam a vulnerabilidade socioeconômica dos idosos e familiares que residiam com eles, pois a aposentadoria ou a pensão que o idoso recebe ajuda de maneira importante o sustento da casa. O IBGE (2015) aponta que 75,6% dos idosos de 60 anos ou mais de idade eram aposentados e/ou pensionistas, em 2015, e que 69,0% do rendimento das pessoas nessa mesma faixa etária era proveniente de

aposentadoria ou pensão. Tal panorama mostra que o envelhecimento brasileiro traz uma dualidade: cresce a quantidade de idosos que necessitam de cuidados prolongados, porém cresce também a participação dos idosos no provimento do lar.

Em relação à moradia para as pessoas idosas, o IBGE (2015) constatou que o arranjo familiar composto por casal sem filho foi mais comum (35,8%) do que o formado por casal com filhos (25,3%). Destaca-se ainda o crescimento de novos arranjos familiares, como o aumento do número de netos e bisnetos que vivem sob a custódia dos avós, sendo, na maioria das vezes, cuidados e sustentados por eles.

Em 2000, quase seis milhões de idosos tinham filhos e outros parentes sob sua responsabilidade. Tal fenômeno pode contribuir positivamente no que concerne ao diálogo e à solidariedade entre as gerações, desde que o idoso não seja explorado e possa ser visto como alguém que tem uma contribuição social a oferecer. Essa informação é fundamental para desmistificar a imagem negativa do idoso como dependente de seus parentes. Pelo contrário, ele desempenha um papel socioeconômico de grande importância na família.

> Os Capítulos 3 e 11 deste livro aprofundam as mudanças pelas quais a família brasileira passou nas últimas décadas, sendo essa uma questão relevante para o aumento da vulnerabilidade e do risco de vitimização do idoso.

As mudanças na composição da família, em grande medida impostas pelas necessidades socioeconômicas, mas também pela adoção de novos estilos de vida, diminuem os contatos entre os familiares e provocam rupturas nas relações intergeracionais, muitas vezes afrouxando os

vínculos afetivos, o que vem a ser um fator predisponente para a violência.

Nos novos arranjos familiares, é possível que muitos idosos prefiram e tentem viver sozinhos, mas não podemos esquecer que uma parte deles é afastada do convívio familiar mesmo contra a sua vontade. É bom também lembrar que, nessa fase da vida, a pessoa pode ser acometida por doenças que exigem cuidados específicos e a tornam dependente. Nessas circunstâncias, o idoso precisa se sentir valorizado e receber a atenção e o carinho da família, o que nem sempre acontece.

> Você encontrará mais informações sobre pessoas com deficiências e necessidades especiais no Capítulo 14 deste livro, “Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência”.

Minayo (2003) destaca que, do ponto de vista socioantropológico, devemos considerar os diferentes contextos históricos que revelam atribuições e poderes para cada ciclo de vida. Em relação aos idosos, observa-se uma tendência de desinvestimento político e social. Muitas culturas apresentavam o hábito de separar ou segregar os idosos de forma real ou simbólica, desejando sua morte. Nas sociedades ocidentais, esse hábito se manifesta principalmente nos conflitos intergeracionais, nos maus-tratos, negligências e discriminações.

Finalmente, queremos realçar a dimensão existencial do envelhecimento, a qual ressalta a velhice como o lugar da solidão. Este é o período da vida em que a pessoa se vê diante de si mesma, sem as amarras e as ilusões que as tarefas cotidianas lhe proporcionavam. Não tendo mais os pretextos dos afazeres rotineiros, só lhe resta o enfrentamento com a sua própria história. A introspecção pode, por um lado, ser o ponto de partida de um processo

em que as novas conquistas e novas realizações são sempre um horizonte possível. Por outro lado, não se pode negar a existência de uma velhice que considera essa fase da vida uma espera pelo fim.

Portanto, o processo coletivo de envelhecimento de uma população, assim como a vivência individual e particular dessa experiência, possui várias dimensões a partir das quais pode ser abordado e é diferenciado em função do momento histórico, do local e da cultura que se considere.

10.3 O que é violência contra a pessoa idosa

A história da família de Cabral

A família Cabral é atendida por uma equipe do centro de saúde e é um exemplo dos vários tipos de problemas sociais e de violência envolvendo famílias inteiras. Maus-tratos, negligência, abandono, fome, desnutrição, deficiência motora, deficiência mental, distúrbios psíquicos, alcoolismo, tuberculose, Aids, abuso sexual, prostituição e uso de drogas estão presentes na história dessa família e no cotidiano de seus familiares.

No centro de toda a trajetória de pobreza e exclusão social está dona Rosa que, aos 60 e poucos anos de idade, cuida do pai, dos nove filhos e dos netos. Ela é evangélica e sofre de diabetes. Mora sozinha num barraco cedido que não tem banheiro nem água canalizada. Atualmente está para ser despejada. Ao redor, em outros barracos, estão o ex-marido de dona Rosa – que bebe muito e também é diabético –, os filhos e os netos. Recentemente, a senhora teve que dar uma atenção especial à filha, quando ela quebrou a perna e ficou imobilizada por 45 dias. A moça é alcoólatra e sempre traz problemas para a mãe.

Dona Rosa é negra e estudou até a 3ª série primária. Engravidou ainda adolescente e teve uma filha sozinha. Quando a criança tinha apenas dois anos, ela conheceu um rapaz, com quem foi morar, na casa da sogra. O companheiro assumiu a paternidade da menina, registrando-a em seu nome. Dona Rosa e o marido tiveram mais oito filhos. Ele trabalhava numa casa de móveis, não consumia bebidas alcoólicas, mas era mulherengo. Aos poucos, começou a maltratar dona Rosa e, quando as crianças eram pequenas, ele a expulsou de casa junto com os filhos. Ela foi embora do bairro com as nove crianças e só voltou quando foi chamada para cuidar da sogra, doente e também maltratada pelo filho.

Quando dona Rosa conseguiu se separar do companheiro, ele não manteve contato com os filhos e nem ajudou a criá-los. Trabalhando como faxineira para sustentar a família, todos os dias, ao sair de casa, deixava a comida pronta. A filha mais velha cuidava dos irmãos menores enquanto a mãe trabalhava. Todos frequentaram a escola. No entanto, mesmo com os filhos crescidos, a família continuou a passar necessidade. Faltava comida. Dona Rosa ficou doente e foi internada num hospital psiquiátrico.

Após esse episódio, dona Rosa não voltou a morar com os filhos. Ela sentia que agora dava trabalho aos outros e estava incomodada porque ouvia “muito barulho na cabeça”. Há alguns anos, havia se tornado protestante, o que a ajudou muito. Hoje em dia, diz sentir-se bem melhor; deixou de tomar tranquilizantes e, quando necessário, utiliza um chá caseiro como calmante. Lamenta sua condição de vida e a de seus filhos, que não a ajudam. Na verdade, eles também precisam de ajuda. Alguns lidam com drogas ilegais; outros consomem bebidas em excesso; uma delas está envolvida com prostituição; e outra, ainda, é deficiente

mental e foi internada após um surto psiquiátrico. Essa moça também é suspeita de ter praticado abuso sexual contra a filha, que passou uns tempos morando com dona Rosa.

Dona Rosa lutou durante anos para satisfazer, ainda que minimamente, as necessidades materiais e afetivas dos filhos, em detrimento de suas próprias necessidades, muitas vezes esquecidas. Chegou um momento em que não suportou tantos sofrimentos e miséria, aliados às cobranças constantes por parte dos filhos e netos. Resultado: adoeceu, "pirou", "pifou". Posteriormente, reconstruiu como pôde sua rede de relações, primeiramente apoiada apenas nos serviços de saúde e, em seguida, de forma preponderante, na religião e na Igreja Evangélica, que a ajudaram a melhorar sua identidade e autoestima.

Depois de tanto sofrimento, dona Rosa descobriu, ou recuperou, a generosidade para consigo mesma. Ao menos do ponto de vista subjetivo, obteve uma melhora de "qualidade de vida". Atualmente, usufrui do prazer de fazer compras pessoais parceladas e de quitar suas dívidas com o dinheiro que ganha do próprio trabalho. Por algumas semanas, esteve na praia vendendo hambúrgueres para pagar um perfume e um CD de música evangélica. Embora continue sem ter onde morar ou como viver dignamente, não deixa de dar apoio aos filhos e aos netos, a cada problema que surge.

Fonte: Essa história e muitas outras abordando famílias ao longo dos ciclos vitais estão relatadas na tese de doutorado "A abordagem da violência intrafamiliar no Programa Médico de Família: dificuldades e potencialidades", de Maria de Lourdes Tavares Cavalcanti (2002).

Retornamos, nesta parte do texto, aos conceitos de violência que já foram amplamente tratados no Capítulo 1

deste livro, e ressaltamos que nunca é demais lembrar que se trata de questão complexa que dificilmente pode ser abrangida de modo completo, em uma única definição. Aqui consideramos a definição da World Health Organization/International Network for the Prevention of Elder Abuse (WHO/INPEA) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002) para **violência contra a pessoa idosa** por ser a mais conhecida.

A problemática da violência contra a pessoa idosa foi denominada pela primeira vez no campo da saúde por Baker (1975), como “espancamento de avós”. De lá para cá, o conhecimento avançou e permitiu identificar que as violências que acometem a pessoa idosa têm características que são comuns a outros grupos sociais, mas também possuem especificidades. Os idosos, como os demais grupos sociais, estão submetidos às violências física, psicológica e sexual, já bem descritas no Capítulo 1. No entanto, há violências que são particularmente comuns nessa fase da vida, como é o caso do abuso financeiro, da negligência, do abandono e da autoviolência.

Na categoria de abuso econômico e financeiro, podemos situar os casos de apropriação indevida, ou ilegal e não consentida, dos recursos monetários e patrimoniais do idoso por parte de familiares. Essa situação tem sido frequente no Brasil, como mostra o estudo de Souza *et al*. (2008), a partir das informações registradas na Delegacia do Idoso e no Ministério Público do Rio de Janeiro, no qual a usurpação de aposentadorias e pensões por membros da família foi uma das principais queixas dos idosos. Já pesquisa liderada por Bolsoni e colaboradores (2016), no município de Florianópolis (SC), apontou a violência financeira como o segundo tipo mais frequente de violação entre idosos.

A negligência contra a pessoa idosa se manifesta nas situações de privação de cuidados. Tais situações são mais evidentes quando faltam condições financeiras para o sustento do idoso e quando surgem problemas de saúde, o

que não quer dizer que elas não ocorram em outros contextos. Com o avançar da idade, é comum o surgimento de problemas de saúde que limitam a autonomia da pessoa idosa; nessas situações, as famílias assumem mais frequentemente os cuidados como administrar o uso de medicações, auxiliar no banho, na alimentação e tudo mais que for preciso. As negligências são justamente o oposto a esses cuidados, isto é, quando principalmente os familiares ou aqueles responsáveis por atender às necessidades dos idosos não o fazem da forma devida. Apesar de a negligência ser percebida muitas vezes no ambiente familiar, as instituições hospitalares e asilares são muito criticadas no Brasil pelo histórico de negligência com que tratam os idosos pelos quais são responsáveis.

O abandono é expresso pela segregação física ou simbólica do idoso, como privação da vida social e familiar. Em várias sociedades, inclusive na brasileira, durante muitos anos foi determinado um local de isolamento dos idosos em grandes instituições, denominadas instituições de longa permanência para idosos, comumente ainda conhecidas como asilos ou abrigos. Em muitas delas, os idosos recebem cuidados massificados, com limitada possibilidade de expressão de sua individualidade, e se encontram distanciados de seu meio familiar e comunitário. Apesar de gradativamente estarem surgindo no Brasil formas mais saudáveis de convivência com a velhice, ainda persistem situações em que idosos são “esquecidos” pelas famílias nos asilos, hospitais e nas próprias residências. Existe também uma velhice completamente abandonada pela família e pelo poder público, que perambula pelas vias públicas e faz delas seu local de moradia, em uma condição extrema de exclusão social (ESCOREL, 1999).

Conforme foi discutido no Capítulo 7, a violência autoinfligida abrange o suicídio consumado, tentativas de suicídio, ideações suicidas e autonegligências (MINAYO, 2016). A autonegligência é expressa pela ausência ou

recusa de cuidados do idoso consigo mesmo. São exemplos dessa forma específica de violência o não uso ou o uso inadequado de medicamentos, alimentos e entorpecentes. A ideação suicida é o pensamento que fomenta o desejo de acabar com a própria vida, enquanto o suicídio se caracteriza por ser o ato intencional para acabar com ela. Minayo (2016) ressalta que há uma linha tênue entre a autonegligência e a tentativa de suicídio, por exemplo, o que confere complexidade para intervir junto a idosos com comportamento suicida. Segundo a portaria GM/MS n. 1.271/2014, casos de tentativa de suicídio são de notificação imediata no âmbito municipal.

Em uma comunicação apresentada na II Conferência Nacional sobre a Terceira Idade, em Maputo, Moçambique, Silva (2009) descreveu a situação de abuso e violência que a terceira idade sofre no país. Com base nos resultados de suas pesquisas (SILVA, 2001, 2003) avançou uma tipologia de violência/abuso onde se destaca, além das violências anteriormente citadas, a violação dos direitos básicos, tais como falta de identificação civil, falta de comida, falta de renda, não prioridade nas filas, falta de cuidados de saúde, falta de implementação pelas instituições dos benefícios sociais a que a terceira idade tem direito.

A magnitude das várias violências acima descritas não é devidamente conhecida porque muitas vezes a sociedade e os próprios idosos as “naturalizam” e não as percebem como violências, o que gera considerável sub-registro dos casos nas instituições que atendem as pessoas idosas. Muitas dessas ocorrências sequer chegam ao conhecimento de qualquer instituição.

O que conhecemos mais amplamente se refere aos impactos que a violência provoca na saúde dos idosos, na forma de mortes e de internações hospitalares, que cobrem os eventos mais graves e são traduzidos em indicadores epidemiológicos. Dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, do Ministério da Saúde, permitem calcular a

taxa de mortalidade por causas externas, grupo que engloba todos os acidentes e as violências (DATASUS, 2009).

Os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade, cuja fonte é a Declaração de Óbito, e do Sistema de Informações sobre Internações, cuja fonte é a Autorização para Internação Hospitalar, constituem sistemas nacionais do Ministério da Saúde, são de livre acesso e podem ser encontrados no site: www.datasus.gov.br

Em 2009, essa taxa foi de 110,3 por 100 mil habitantes idosos brasileiros, variando de 154 no sexo masculino e 75,2 no feminino. Entre esses eventos fatais, destacam-se as lesões no trânsito e as provocadas por quedas. As primeiras representaram 29,2% dos óbitos de homens idosos por causas externas e 18,8% das mortes de mulheres idosas por essas mesmas causas. Em ambos os sexos, a taxa de mortes por lesões no trânsito foi 27,8/100 mil habitantes com 60 ou mais anos; entre os homens, foi 44,9 e, entre as mulheres, 14,1/100 mil habitantes idosas nessa faixa etária (DATASUS, 2009).

Os registros das internações hospitalares no Brasil contabilizaram mais de 160 mil hospitalizações de idosos por causas externas, em 2011. As quedas foram responsáveis por 84.201 dessas internações e as tentativas de suicídio totalizaram 589 hospitalizações nesse ano, trazendo à tona prováveis negligências e violências domésticas. Mas, a violência que ocorre no trânsito gerou a necessidade de 14.394 internações de idosos, sobretudo

pedestres, e as agressões somaram mais 3.602 registros (DATASUS, 2009).

Pouco se conhece sobre as violências menos graves que acometem as pessoas idosas que recorrem aos serviços de saúde, de segurança pública ou de direitos humanos no Brasil. Dentre os motivos para a desinformação estão a não investigação dos casos com o consequente não registro dos mesmos e a inexistência de sistemas de informação adequadamente estruturados para o armazenamento dessas informações.

10.4 Fatores de risco para a violência contra o idoso

A literatura internacional indica que 90% dos casos de violência contra pessoas idosas ocorrem no seio da família e 2/3 dos agressores são filhos e cônjuges. Filhos homens, noras, genros e esposos são os principais perpetradores de violência, mesmo quando ocupam a função de cuidador (MINAYO; SOUZA, 2003).

Os estudos apontam que os idosos são mais vulneráveis quando:

- o agressor e o idoso vivem na mesma casa;
- há dependência financeira entre o idoso e os demais membros da família;
- há uso abusivo de álcool e outras drogas no ambiente familiar;
- a família ou o cuidador tende a se isolar socialmente;
- o cuidador ou o idoso sofre de depressão ou qualquer tipo de doença mental ou psiquiátrica;
- há pouca comunicação e os laços afetivos da família ou do cuidador com o idoso são frouxos;

- há histórico prévio de violência na família ou o cuidador foi vítima de violência por parte do idoso.

Esses fatores costumam estar imbricados com aspectos próprios do processo de envelhecimento e das relações familiares. Muitas vezes, os atores envolvidos estão ligados por fortes laços consanguíneos, que acabam mascarando ou impedindo a detecção de todos os elementos que constituem a dinâmica da violência. Os idosos são particularmente vulneráveis, pela diminuição da capacidade funcional, ou seja, pela restrição do desempenho satisfatório das atividades da vida diária e do autogerenciamento, e pela perda do lugar social, agravada pela aposentadoria.

Além dos fatores de risco relacionados com o ambiente familiar, há fatores do ambiente comunitário e social. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), moradia e vizinhança seguras e apropriadas são essenciais para o bem-estar do jovem e do idoso. No entanto, nas periferias das grandes cidades brasileiras existem cinturões de pobreza que reúnem milhares de pessoas em situação de precariedade financeira e exclusão social, sem as mínimas condições de sobrevivência (ESCOREL, 1999). As moradias das pessoas idosas residentes nessas áreas costumam ser improvisadas e, quase sempre, inadequadas aos seus problemas de saúde e de segurança. E os obstáculos nelas existentes e no seu entorno aumentam o risco de quedas (RIBEIRO *et al*., 2008). O censo demográfico de 2010 constatou entre as características de moradia dos idosos que 93,8% residiam em domicílios que não possuíam rampas em seu entorno. Outro resultado que merece ser mencionado é o expressivo percentual de idosos que residiam em domicílios sem calçada no entorno (24,2%), o que sugere pouca atenção com a circulação de pedestres (IBGE, 2016).

Pelo fato de não serem polos habitacionais planejados, o poder público não se faz presente, por exemplo, com

serviços de saneamento, abastecimento de água e energia elétrica, e coleta de lixo, ficando a população confinada em verdadeiros guetos, quando se sabe que a garantia de transporte e outros serviços pode significar a diferença entre uma interação social positiva e o isolamento da pessoa idosa.

Além desses fatores, a própria violência da área onde o idoso reside reforça o pacto de silêncio em relação à violência intrafamiliar, pois tanto ele como seus vizinhos temem as retaliações que podem acontecer contra o parente agressor (SOUZA *et al*., 2008).

10.5 Fatores de proteção contra a violência

Refletir sobre os fatores protetores da violência contra a pessoa idosa requer resgatar alguns conceitos fundamentais como rede social, apoio social e rede de apoio social, que foram sintetizados por Souza *et al.* (2008) com base em alguns autores, conforme destacado a seguir.

Rede social é tudo aquilo com que o sujeito interage; tudo o que faz parte da rede relacional do indivíduo (SLUSKI, 1997). Os relacionamentos com a família e os amigos pressupõem troca de afeição, estão associados com o bem-estar subjetivo e estão presentes nas redes sociais (ERBOLAT, 2002). Tanto a família como amigos e vizinhos são fontes naturais de proteção e inclusão social, com as quais as pessoas encontram companhia, a possibilidade de compartilhar confidências, prover serviços ou auxílio em atividades cotidianas (DOMINGUES, 2000).

Apoio ou suporte social é qualquer informação e/ou auxílio material oferecido por grupos e/ou pessoas com os quais se tem contatos sistemáticos e que resultam

em efeitos emocionais e/ou comportamentos positivos. São trocas mútuas nas quais tanto aquele que recebe quanto o que oferece o apoio é beneficiado por conseguir maior sentido para sua vida.
Estudiosos do apoio social apontam o seu papel na prevenção das doenças, manutenção e recuperação da saúde, pois ele ajuda a criar uma sensação de coerência e controle da vida, afetando beneficamente o estado de saúde das pessoas (GRIEP *et al*., 2003; VALLA; STOTZ, 1994).
O conceito de **rede de apoio social** está vinculado às relações de troca, que implicam obrigações recíprocas e laços de dependência mútua. Esse conceito tem implícita a imagem de pontos conectados por fios, de modo a formar uma teia.

As redes de apoio social ao idoso podem ser:

a. **Formais** – políticas públicas direcionadas à população idosa, em geral agregando serviços de atenção à saúde, instituições jurídicas de garantia dos direitos, órgãos da proteção e previdência social, dentre outros. As principais modalidades que compõem as redes estaduais de assistência à saúde do idoso são: internação hospitalar, atendimento ambulatorial, centro-dia e assistência domiciliar. Para o acompanhamento social adequado ao idoso, faz-se de extrema importância estimular a pessoa idosa a integrar os serviços de convivência e de fortalecimento de vínculos, também conhecidos como centros ou núcleos de convivência. Esses serviços são ofertados no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (Suas) e favorecem a ampliação das trocas culturais, de vivências, o fortalecimento dos vínculos familiares, e estimulam a convivência sociocomunitária (POLTRONIERI; LOUREIRO, 2018).

b. **Informais** – relações marcadas pela “espontaneidade e reciprocidade” (LEMOS; MEDEIROS, 2002) que auxiliam o idoso a manter os vínculos e proporcionam bem-estar. Considera-se rede informal a família, a comunidade, os amigos e os vizinhos. Todas essas relações que ocorrem na vida social do idoso contribuem para a proteção e o apoio na garantia dos direitos previstos por lei.

A família é, em muitos casos, o único apoio com que as pessoas idosas podem contar, constituindo-se como o principal componente de sua rede de apoio social, devido à ausência ou ao pouco suporte formal oferecido pelas instituições da comunidade e pelo Estado. Em algumas culturas, é comum observar que a “tarefa de amparar os idosos está quase que exclusivamente sob a responsabilidade das famílias, já que a organização comunitária também se mostra bastante incipiente” (SAAD, 1991, p. 8).

Considera-se a família, os amigos e os vizinhos suportes informais, pois nesses relacionamentos ocorrem intercâmbios benéficos, sendo a valorização da amizade um fator extremamente importante para idosos que não possuem familiares ou que estejam afastados de seu convívio. São os amigos e a comunidade que substituem o cuidado familiar, constituindo-se, muitas vezes, como o único apoio do idoso, até mesmo para encaminhá-lo a um serviço formal de atendimento. Entretanto, do ponto de vista jurídico brasileiro, a sociedade e a família têm responsabilidade solidária ao Estado no tocante ao cuidado da pessoa idosa. Caso esse não cumpra seu papel, a sociedade e a família devem atuar visando garantir os direitos básicos desse grupo.

As redes de apoio são, com frequência, as únicas possibilidades de ajuda com que as famílias carentes podem contar, além de ser o único suporte para ajudar a aliviar as cargas da vida cotidiana. Estando debilitada, a pessoa reduz

suas iniciativas de trocas com seus contatos pessoais afetivos, fazendo com que aqueles com quem se relacionava na rede também diminuam a sua interação. Isso porque as relações sociais têm por base uma troca em que se espera que a atenção oferecida seja retribuída na mesma intensidade.

A rede social do idoso possui uma característica fundamental – ela se restringe na medida em que ele vai envelhecendo, perdendo autonomia e independência. Segundo Sluski (1997), duas questões importantes contribuem para esse processo: uma está relacionada com a dificuldade do idoso em criar novos vínculos devido à falta de motivação e oportunidades; a outra está relacionada com a pouca energia para manter ativos os vínculos já existentes. Dessa forma, é necessário incentivar o idoso e a sua comunidade a criarem novos vínculos, participando de novas redes de relacionamento, mantendo viva a possibilidade de se promover uma melhor qualidade de vida.

O apoio social que as redes proporcionam remete ao dispositivo de ajuda mútua, potencializado quando uma rede social é forte e integrada. Quando nos referimos ao apoio social fornecido pelas redes, ressaltamos os aspectos positivos das relações sociais, como o compartilhar informações, o auxílio em momentos de crise e a presença em eventos sociais.

Um envolvimento comunitário, por exemplo, pode ser significativo fator psicossocial no aumento da confiança pessoal, da satisfação com a vida e da capacidade de enfrentar problemas.

Assim, analisar o contexto no qual o idoso está inserido é fundamental para compreendê-lo melhor, e as redes sociais comunitárias. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (2005), o principal instrumento para o combate ao isolamento social e à solidão na velhice é o apoio social.

Para refletir

Quais as redes de apoio social que existem na sua comunidade voltadas para a proteção da pessoa idosa? Como elas atuam?

Para consolidar seus conhecimentos

Exemplifique um caso de violência contra a pessoa idosa, vivido ou ouvido, que caracterize o contexto do seu município. Procure identificar a(s) violência(s), os fatores de risco e de proteção nele envolvidos.

10.6 Referências

BAKER, A. A. Granny battering. *Modern Geriatrics*, Beckenham, n. 5, p. 20-24, 1975.

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOLSONI, C. C. *et al*. Prevalência de violência contra idosos e fatores associados, estudo de base populacional em Florianópolis, SC. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 671-682, 2016.

BRASIL. *Decreto n. 6.800, de 18 de março de 2009*. Dá nova redação ao artigo 2º da Política Nacional do Idoso, que define as atribuições da Secretaria Especial de Direitos Humanos. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6800.htm. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.528, de 17 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 142, 20 out. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 14 maio 2020.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2007. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/11.pdf. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Subsecretaria de Direitos Humanos. *Plano de ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa*. Brasília, DF: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acao_enfrentamento_violencia_idoso.pdf. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos; CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO (Brasil). *Plano de ação internacional para o envelhecimento*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. Aprovado na II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf. Acesso em: 26 nov. 2012.

CAMARANO, A. A. Introdução. *In*: ALCANTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GLACOMIN, K. C. *Política nacional do idoso*: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. *In*: CAMARANO, A. A. *Os novos idosos brasileiros*: muito além dos 60? Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

CAVALCANTI, M. L. T. *A abordagem da violência intrafamiliar no programa médico de família*: dificuldades e potencialidades. 2002. Tese (Doutorado)– Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2002.

CHAIMOWICZ, F. *Saúde do idoso*. 2. ed. Belo Horizonte: NESCON/UFMG, 2013.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE DIREITOS DO IDOSO, 1., 2006, Brasília. *Construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa*: Renadi. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2006. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/ct/cndi/i_conferencia_idoso.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 2., 2010, Brasília. *Anais eletrônico* [...]. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2010. Disponível em: http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/p556.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

CONFERÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA PESSOA IDOSA, 3., 2011. Brasília. *Anais eletrônico* [...] Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos, 2011. Disponível em: http://www.sedh.gov.br/clientes/sedh/sedh/pessoa_idosa/3a-conferencia-nacional. Acesso em: 26 nov. 2012.

DATASUS. Brasília, DF: DATASUS, 2009. Disponível em: http://www.datasus.gov.br. Acesso em: 26 nov. 2012.

DOMINGUES, M. *Mapa mínimo de relações*: adaptação de um instrumento gráfico para configuração da rede de suporte social do idoso. 2000. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

ERBOLAT, R. M. P. L. Relações sociais na velhice. *In*: FREITAS, E. V.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. ESCOREL, S. *Vidas ao léu*: trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

GRIEP, R. H. *et al*. Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, 2003.

IBGE. *Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil 2000*. Rio de Janeiro: IBGE, 2002.

IBGE. *Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios*: síntese de indicadores 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

IBGE. *Síntese de indicadores sociais*: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.

INTERNATIONAL NETWORK FOR THE PREVENTION OF ELDER ABUSE. *Missing voices*: vews of older persons on elder abuse. Genebra: International Network for the Prevention of Elder Abuse, 2002.

LEMOS, N.; MEDEIROS, S. L. Suporte social ao idoso dependente. *In*: FREITAS, E. V.; CANÇADO, F. A. X.; GORZONI, M. L. (org.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MINAYO, M. C. S. Comportamento suicida e suicídio consumado na velhice. *In*: MINAYO, M. C. S.; FIGUEIREDO, A. E. B; SILVA, R. M. S (org.). *Comportamento suicida de idosos*. Fortaleza: Edições UFC, 2016. p. 35-58.

MINAYO, M. C. S. Violência contra idosos: relevância para um velho problema. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 783-791, 2003.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. Entre a liberdade e a dependência: reflexões sobre o fenômeno social do envelhecimento. *In*: MINAYO, M. C. S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002. p. 11-24.

MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. As múltiplas mensagens da violência contra idosos. *In*: MINAYO, M. C. S.; SOUZA, E. R. (org.). *Violência sob o olhar da saúde*: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. *Envelhecimento ativo*: uma política de saúde. Brasília, DF: OPAS, 2005.

POLTRONIERI, B. C.; LOUREIRO, A. P. Ações da terapia ocupacional no idoso com depressão: definições e caminhos para a intervenção. *In*: BERNARDO, L. D.; RAYMUNDO, T. M. (org.). *Terapia ocupacional e gerontologia*: interlocuções e práticas. Curitiba: Appris, 2018. p. 331-342.

RAMOS, P. R. B. *Fundamentos constitucionais do direito à velhice*. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 2002.

RIBEIRO, A. P. *et al*. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, jul./ago. 2008.

SAAD, S. M. Tendências e consequências do envelhecimento populacional no Brasil. *In*: A POPULAÇÃO idosa e o apoio familiar. São Paulo: Fundação SEADE, 1991. p. 3-10.

SILVA, T. *The elderly and human rights*: abuse of the elderly in Mozambique. Cambridge: Carr Centre for Human Rights Policy: John F. Kennedy School of Government: Harvard University, 2001.

SILVA, T. Violência contra a pessoa idosa: do invisível ao visível. *In*: CONFERÊNCIA NACIONAL SOBRE A TERCEIRA IDADE, 2., 2009, Maputo. *Anais* [...]. Maputo: Ministério da Mulher e Acção Social, 2009.

SILVA, T. Violência doméstica: factos e discursos. *In*: SANTOS, B. et al. (org.). *Conflito e transformação social*: uma paisagem das justiças em Moçambique. Porto: Afrontamento, 2003.

SLUZKI, C. *A rede social na prática sistêmica*: alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1997.

SOUZA, E. R. *et al*. Rede de proteção aos idosos do Rio de Janeiro: um direito a ser conquistado. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, p. 1153-1163, jul./ago. 2008.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. *Educação, saúde e cidadania*. Rio de Janeiro: Vozes, 1994.

VERAS, R. P. A. A era dos idosos: os novos desafios. *In*: OFICINA DE TRABALHO SOBRE DESIGUALDADES SOCIAIS E DE GÊNERO EM SAÚDE DE IDOSOS NO BRASIL, 1., 2002, Ouro Preto. *Anais* [...]. Ouro Preto: Ministério da Saúde: Fiocruz: UFMG, 2002. p. 89-96.

VITALE, M. A. F. Avós: velhas e novas figuras da família contemporânea. *In*: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). *Família*: rede, laços e políticas públicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007. p. 93-105.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Missing voices*: views of older persons on elder abuse. Geneva: World Health Organization, 2002.

11. Famílias que se comunicam por meio de violências

Fátima Gonçalves Cavalcante, Miriam Schenker

Neste capítulo, discutimos o funcionamento de famílias com dinâmica de violência, a partir de um estudo de caso e da reflexão sobre o vídeo *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, disponível no site: www.noos.org.br.

> A violência na família, tema estudado sob uma ótica mais conceitual na parte I, é aqui tratada novamente por ser pouco vista pelos serviços de saúde como um grupo vulnerável que necessita de acolhimento e intervenção.

Mais do que o atendimento à vítima de violência, este capítulo tem a intenção de olhar o problema sob o prisma do núcleo familiar, esclarecendo as diretrizes do tratamento e

as formas de apoio ao todo e a cada um de seus membros, e enfatizando a importância dos cuidados éticos a serem tomados em qualquer intervenção ou apoio.

Também são descritas diferentes estratégias de atendimento e definidas algumas metas para um serviço eficaz com famílias afetadas pela violência. Ao final, há exercícios para auxiliar o aluno a integrar o aprendizado aqui obtido e contextualizá-lo em sua realidade local.

Caso História de família

A grande família

Tom e *Dito*

Esta família é muito unida
E também muito ouriçada
Brigam por qualquer razão
Mas acabam pedindo perdão [...].

Fonte: Nobre ([2014]).

Conheça a letra completa da composição de Tom e Dito no site: http://Dudu-nobre.letras.terra.com.br/letras/45592/

Cena 1

Antônio, 45 anos, e Graça, 40 anos, têm um casal de filhos, João, de 17 anos, e Júlia, de 14. Quando assumiram o relacionamento, há vinte anos, Graça sabia que Antônio consumia bebidas alcoólicas de forma prejudicial. Quando jovem, ela acreditava que iria

conseguir ajudá-lo a parar de beber. No entanto, o tempo foi passando e Antônio, em vez de diminuir o consumo de álcool, só o aumentava, acarretando problemas como constante mudança de trabalho, reações agressivas em relação à Graça, aos filhos, e impulsividade com parentes e amigos. Crises de ciúme exageradas tornaram-se cada vez mais frequentes e graves, com aumento da agressividade contra a esposa, a ponto de tê-la ameaçado com uma faca. O filho mais velho passou a enfrentar o pai, quando estava bêbado, e isso resultou em situações de grande violência e risco. Diante da gravidade do quadro, Graça decidiu procurar auxílio. Envergonhada e desconcertada, ela não sabia exatamente como agir e pensava se teria coragem para contar ao médico sobre seus problemas familiares. Sentiu-se insegura e temerosa com a possibilidade de Antônio vir a saber, porém decidiu que tentaria algum tipo de ajuda, tendo pedido o apoio de seu filho João.

Para refletir

Liste os tipos e as formas de violência que você identifica no cotidiano de Antônio e Graça.

Pense sobre o que leva uma família a perpetuar uma situação de violência e anote prováveis motivos.

11.1 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso História de família

A violência só pode ser compreendida no contexto social que a produziu, levando em conta os fatos e a representação que eles adquirem para as pessoas da família, da comunidade, dos serviços que irão acompanhá-las. Na medida em que a violência aparece na “relação cotidiana” da família de Antônio e Graça, afetando a todos (marido,

esposa, filhos, parentes e amigos), é preciso compreender as várias faces desse campo de forças desigual em que pais e filhos ficam presos a um determinado papel social e custam a reconhecer a gravidade do problema. A piora do alcoolismo de Antônio, ao longo dos anos, vitimou todos de uma forma violenta, levando o filho mais velho a um confronto corpo a corpo com seu pai, numa exposição a riscos cada vez maiores.

Nesse caso, a violência assume gravidade e a dinâmica familiar reage, também com violência, para fazer face às explosões de comportamento que se tornaram mais frequentes e rotineiras. Parece que todos tinham chegado a um limite intolerável. A coragem de Graça para buscar o serviço de saúde veio acompanhada da solidariedade do filho mais velho, que se sentia ameaçado em sua integridade física e mental. A essa altura, Graça encontrava-se fragilizada e com a autoestima muito baixa. Antônio se envergonhava de suas atitudes nos poucos momentos em que estava sóbrio, mas não conseguia interromper a sua compulsão pela bebida e estava ficando cada vez mais desconfiado e perseguido em relação às condutas de sua esposa, criando suspeitas e fazendo ameaças que feriam ainda mais a autoimagem de Graça. Era preciso interromper o ciclo de violência.

Caso História de família
Cena 2

Graça chegou à unidade de saúde temerosa. A presença do filho João a deixava com a sensação de conforto e segurança. Enquanto aguardava o médico, ela se lembrou de como Júlia, sua filha caçula, andava tendo crises de choro constantes, ficava jogada pelos cantos e apresentava problemas na escola. Isso a preocupava, embora não soubesse o que fazer. Contudo, ela não entendia como o filho João encontrava forças para enfrentar seu pai e ainda conseguia estudar e trabalhar,

tentando convencer a mãe, já fazia algum tempo, a buscar ajuda.
Quando Graça se lembrava de seu marido, ainda jovem, vinha aquela alegria perdida e um pouco de esperança. Será que ele poderia melhorar? Mas logo a tristeza e a depressão a abatiam, pois sua vida tinha se transformado num misto de tensão e medo. No dia a dia da família, eram frequentes ataques repentinos de violência e curtos períodos de paz em que, “milagrosamente”, a violência parecia cessar, mas não acabava. Quando Graça se recordava da história de seu pai e da história dos pais de seu marido, o alcoolismo então parecia um mal que tinha vindo mesmo para ficar e ela já parecia até conformada com tanta dor, tanta humilhação e tanto sofrimento. João interrompeu o pensamento de sua mãe, como se o captasse, e disse: “Mãe, você anda muito conformada e muito acostumada aos maus-tratos do pai. Isso tem que parar, isso não pode mais continuar assim. Vamos ver se o médico pode nos ajudar”.
Depois de algumas horas, o Dr. Ricardo, um médico experiente e atencioso, recebeu mãe e filho para uma consulta. Histórias como a de Graça, o doutor Ricardo já conhecia bastante. Depois de uma escuta atenta, ele chamou Antônio que foi à consulta com sua esposa e acabou gostando do modo como o doutor Ricardo o recebeu, escutou e orientou. Ele já havia se esquecido de como poderia ser apoiado de um jeito que lhe parecia novo, diferente. Antônio se sentiu confiante para falar de todo o seu sentimento de desamparo, da perda de confiança das pessoas à sua volta, das oportunidades de emprego perdidas, de como vinha magoando sua companheira e seus filhos. Graça não parecia acreditar que estava escutando tudo aquilo. Antônio se lembrou do alcoolismo de seu pai e de como sua mãe, ele e seus irmãos foram agredidos. Doutor

Ricardo, percebendo o sentimento de fragilidade e de impotência que acompanhava Antônio, ofereceu ajuda individual. Antônio continuou sendo visto pelo doutor Ricardo e foi encaminhado para os Alcoólicos Anônimos (AA), e para a terapia de família com a nova psicóloga do posto de saúde, a Vera.
Pela primeira vez, Graça se sentia um pouco aliviada. Tinha valido a pena todo seu esforço e de seu filho para convencer o marido a ver o doutor Ricardo, um médico que o havia convidado para uma conversa e queria apenas conhecê-lo. Afinal, ele já havia conseguido ajudar muitos outros homens na situação de Antônio e não custava nada fazer ao menos uma tentativa. Eles fizeram exatamente do jeito que o doutor Ricardo orientou e seguiram as instruções para não desistirem, mesmo que Antônio se recusasse de início.
Aquela consulta com o doutor Ricardo foi muito importante para Antônio e Graça. Um novo horizonte se abriu. Embora assustado e temeroso, Antônio decidiu ir às demais consultas com seu médico; afinal, depois de tantas perdas ele precisava ganhar algo. Aquelas conversas e o grupo do AA foram trazendo à tona coisas que ele nem sabia que poderiam ser tratadas. Antônio não esperava aprender a ver a vida de um jeito diferente.
Antônio, Graça e os filhos passaram a frequentar as consultas com Vera, a terapeuta de família. De início, Graça se sentia confusa e muito envergonhada, com olhar cabisbaixo, postura envelhecida, mas aos poucos foi vendo que aquele jeito de conversar ajudava a ela e a sua família. João surpreendia com sua força e vontade de superação, e Júlia foi se sentindo mais amparada, aprendendo aos poucos a falar sobre os seus sentimentos. Novas formas de comunicação e negociação foram sendo descobertas e a família passou a acreditar nas pequenas mudanças que iam se fazendo

presentes. A família de Antônio e Graça tinha muitos desafios a superar e havia sempre o medo das recaídas de Antônio. À medida que a esposa, os filhos e a relação do casal se fortaleciam, Antônio adquiria mais condições de ser amparado e orientado a retornar às consultas com o doutor Ricardo.

Para refletir

Por que foi tão difícil para essa família decidir buscar ajuda médica?

O encaminhamento da família foi adequado? Explique as razões.

Que possibilidades se abrem para Antônio com o atendimento prestado pelo doutor Ricardo e pelos Alcoólicos Anônimos?

11.2 Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso História de família

A violência não pode ser analisada de maneira simplista. Não basta responsabilizar o agressor, nem criminalizar a pobreza, nem demonizar o usuário de drogas ou reduzir a violência à questão de segurança pública ou de polícia. O problema de Antônio e Graça tem origem geracional e necessita de alguma intervenção que acolha a família e lhe ofereça meios de escutar e compreender a sua própria história, de identificar, reconhecer e prevenir os efeitos nocivos da violência, e de encontrar formas de interromper esse ciclo. A violência intrafamiliar tem sido apontada como aquela de maior ocorrência, aquela que se faz “entre quatro paredes” e que é, na maioria das vezes, acobertada pelo silêncio das vítimas, sem que lhes sejam concedidas qualquer chance de defesa.

Observamos, nesse caso, que essa família já se estruturou, desde o início, dentro de uma dinâmica em que a violência se consolidou como uma forma de comunicação. O alcoolismo de Antônio avançou sem limites e contra ele se insurgiu o filho, numa contraviolência, uma forma de defesa que faz uso da força como meio de frear a violência. É comum em terapia de família, em casos de violência, observar-se a mudança de papéis de quem ocupa o lugar do agressor. Por essa razão, é preciso olhar para os papéis do agressor e da vítima de um modo cuidadoso e não cristalizado, procurando compreender, acima de tudo, a dinâmica que se instalou e os modos de interação, de comunicação, incluindo os silêncios que contribuem para perpetuar a violência.

É preciso entender a família como uma organização com uma dinâmica que inclui a violência em suas relações. Quando as relações se desorganizam, como nesse caso, o potencial destrutivo se amplia, gerando nas pessoas uma falta de contenção das emoções e dos conteúdos – amor, raiva, medo, alegria, agressividade, sexualidade –, o que ocasiona enorme prejuízo para a saúde do grupo familiar.

Observam-se nessa família, assim como em muitas outras com dinâmica de violência, algumas das seguintes dificuldades (FERRARI; VECINA, 2002):

- intensa dificuldade na comunicação entre seus membros, principalmente em relação a vivências emocionais; uso de mentiras, segredos e mensagens de duplo sentido;
- silêncio compartilhado pelo agressor e pela vítima em função do medo da exposição, da retaliação e das possíveis perdas, e do ataque às próprias percepções ou cumplicidade inconsciente com o agressor;
- a vítima nega o que ocorreu e o que sentiu como forma de se proteger dos conflitos e, desse modo, não procura ajuda; a negação da ajuda está relacionada ao medo de

desestruturar a família, ou de perder pai ou mãe; o agressor dificilmente reconhece a responsabilidade pelo ato praticado;

- sentimentos de autodesvalorização, baixa autoestima e negação da importância e interesse pelo outro; diminuição da confiança nas próprias percepções e impotência; é comum a projeção de sentimentos de depreciação dos profissionais, justamente devido a todas essas emoções anteriormente descritas;
- dificuldade de reconhecer, aceitar e respeitar os limites; uso de poder de forma abusiva pelo agressor; omissão da função interditora (ocupa o lugar de quem não pode fazer nada); dúvida sobre seus direitos; incapacidade de defender a si e aos filhos.
- dificuldade em se socializar e inserir culturalmente os filhos; isolamento social acentuado e fechamento dentro do núcleo familiar.

No entanto, apesar de tantas dificuldades nas situações de violência, há pessoas que reagem de um modo mais favorável, como até certo ponto constatamos ao ver João, filho do casal, com capacidade de prosseguir com sua vida, seus estudos e seu trabalho, apesar da desorganização familiar. Por isso, podemos dizer que João foi **resiliente** e, em certa medida, pareceu ter uma autoestima mais preservada.

Para refletir

Quais seriam as suas sugestões para o acolhimento a essas famílias? Seu olhar sobre as diferentes situações de violência analisadas modificou?

11.3 A importância do apoio a famílias com dinâmica de violência

É preciso multiplicar os serviços e as iniciativas de atendimento às famílias com dinâmica de violência em nosso país. As famílias que vivenciam e sofrem violências inspiram atenção e proteção para que possam ser verdadeiramente cuidadoras, afetuosas e atentas às necessidades de seus filhos. É preciso olhá-las, buscando enxergar seu dinamismo, e não apenas ver a “desestruturação”. O desafio é justamente explorar as capacidades protetoras e afetivas, em que se costumam observar somente fracassos e transgressões. Para isso, é preciso despir-se de preconceitos e rótulos, o que só é possível com reflexões, debates em equipe e coragem para enxergar novos ângulos e descobrir novos significados.

Esse tema é aqui desenvolvido a partir de uma pesquisa que analisou serviços de atenção a famílias com dinâmicas de violência doméstica (DESLANDES; ASSIS; SILVA, 2004). O diferencial desse estudo foi refletir criticamente sobre as práticas e o sistema de acompanhamento às famílias e seus filhos, vítimas de violência, em serviços de referência de cidades das cinco regiões do país, comparando organizações governamentais e não governamentais, traçando diretrizes para políticas públicas nessa área, e reforçando o papel das famílias como agentes de proteção. Além disso, tomamos como base outro estudo sobre o fim do silêncio na violência familiar, organizado por Ferrari e Vecina (2002) do Instituto Sedes Sapientiae, que norteia teoria e prática sobre apoio a famílias com dinâmica de violência.

Você poderá ampliar seus conhecimentos lendo o livro *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de*

violência doméstica contra crianças e adolescentes, publicado em parceria pelo Claves e pelo UNICEF, sob a responsabilidade de Suely F. Deslandes, Simone G. Assis e Helena O. Silva (2004).

Você também encontra um rico material sobre o tema no site do Instituto Sedes Sapientiae: www.sedes.org.br/

A seguir são apresentados alguns parâmetros básicos para se pensar a família afetada pela violência no contexto do mundo moderno.

Na década de 1970, costumava-se falar em “enfraquecimento das famílias” ou “famílias em crise” mediante um modelo de família ideologicamente concebido como portador de “sólidas estruturas”, tendo como referência o casamento monogâmico, apoiado no casal estável com papéis sexuais repartidos entre os cônjuges. Com a queda da taxa de nupcialidade e o aumento de outras formas de casamento, redescobre-se, nos anos 1990, a importância dos laços familiares e da revalorização dessa instituição na sociedade ocidental contemporânea, enfocando os seus “papéis protetores” e valorizando o espaço para desenvolvimento de “relações interpessoais” (SEGALEN, 1999).

Desde a última década, fala-se em “famílias” no plural tendo a mãe como eixo-central, apoiada numa rede de parentesco alargada, com diferentes recomposições familiares. Apesar de as definições terem sido abaladas, a noção de família no imaginário social ainda é idealizada a partir do modelo de “família nuclear”. No entanto, segundo Sarti (2003), com as novas configurações familiares (recasamentos, famílias monoparentais, uniões de homossexuais etc.), a ideia de “núcleo” é ultrapassada, uma vez que a configuração das famílias acontece em “rede” –

redes de relações nas quais interagem os sujeitos e se busca prover os recursos materiais e afetivos.

Hoje, diante de avanços científicos e das novas possibilidades de doação de óvulos, fecundação por inseminação artificial ou *in vitro*, entre outros aprimoramentos, o nascimento de um filho pode não mais ser oriundo de um casal, alterando a noção de paternidade e maternidade e gerando incerteza sobre a natureza dos laços entre pais e filhos. Há ainda a questão da família adotiva, com novos desafios em relação à formação de laços familiares e às diferenças étnico-culturais das famílias brasileiras, com tantas diversidades sociais, que apontam para a necessidade de se pensar a família tendo como base suas múltiplas formas de constituição.

Com tantas transformações e arranjos, a família ainda desperta expectativas e idealizações no imaginário social. Espera-se que ela seja capaz de produzir cuidados e proteção, aprendizagem de afetos, construção de identidades e vínculos de pertencimento. Essas possibilidades dependem do contexto em que se vive, do apoio que se recebe (ou não), da inclusão social alcançada. Além de sofrer influência de seu entorno, a família também pode contribuir para mudar o cotidiano de sua comunidade, unindo-se a outras, podendo alterar padrões sociais mais amplos. No entanto, em condições de pobreza, o potencial protetor e relacional da família apenas é otimizado se recebe atenções básicas (CARVALHO, 2002).

11.4 Violência familiar

Os efeitos da violência familiar podem ser devastadores, uma vez que a família é o primeiro grupo de construção social da realidade para os seus membros, havendo então distorções da realidade e comprometimentos da autoimagem na dinâmica vítima-agressor. Diante da falta de

mecanismos de regulação social que impeçam a violência, ela acaba sendo praticada porque pode ser praticada. Por isso, no tratamento é preciso deixar claro à família que pratica a violência que ela “não pode tomar tal atitude”, é preciso “cancelar a sua licença para fazê-lo”, como diz Gelles (1983).

> Conforme foi descrito no Capítulo 3 da parte I, mais do que uma agressão ou agravo provocado por uma pessoa da família contra outra, os atos violentos constituem abuso de poder, ao romper elos de confiança ou fazer uso da força.

É preciso interromper o ciclo de reprodução da violência. Ela pode atravessar muitas gerações, considerando a aprendizagem social e a repetição de situações não resolvidas entre avós-pais-filhos. Além disso, estudos mostram haver conexão entre a violência física contra criança e adolescente e a concomitante violência entre o casal. Na realidade, é rara a prática de apenas um tipo de violência.

Os papéis sociais geralmente ordenados por inúmeros autores e pelo senso comum como de “agressor” e “vítima” denotam um estatismo que não corresponde à dinâmica intrapsíquica e interpessoal do ser humano. Isso significa que a pessoa abusadora pode estar sendo concomitantemente abusada, de forma sutil ou não. E também que aquela que sofre a violência pode passar a ter esse mesmo comportamento com os demais. Por exemplo, os papéis da mulher na família abusiva podem ser de agressora e/ou de submissão e humilhação. Se vítima da violência, ela começa sendo abusada como esposa, podendo passar a ser conivente, a assistir ou até a ajudar nos rituais de violência e abuso dos filhos e filhas. A violência da mulher aparece mais comumente na relação com seus filhos, podendo

ocorrer desde tenra idade. Fato é que se o ciclo da violência não for interrompido, poderá acontecer a reprodução do abuso ao longo das gerações.

O filme *Não é fácil, não! – Prevenindo a violência de homens contra mulheres*, referenciado no início deste capítulo e também no Capítulo 9, mostra bem como a violência psicológica aparece como um fenômeno relacional e dinâmico: o marido pratica a violência física contra a sua mulher enquanto ela, a violência psicológica contra ele. Essa forma de se relacionar potencializa o ambiente violento, não dando margem à escuta mútua e, portanto, ao diálogo entre eles. Ambos são coautores e, portanto, corresponsáveis pela convivência familiar que tem a violência como forma de comunicação. Por isso, a interação violenta se dá de forma circular e não de causa e efeito. Marido e mulher são corresponsáveis pelo o que ocorre na relação entre eles. E as justificativas mútuas, variadas. A ideia de que existe uma posição fixa de agressor e de vítima faz com que se perca a complexidade contextual e interacional do comportamento violento.

A vulnerabilidade do idoso também o deixa refém de circunstâncias hostis na família, como já foi detalhado anteriormente, quando abordamos os ciclos vitais.

Para refletir

Já conhecemos algumas situações de violência intrafamiliar. Quais os principais desafios observados em sua prática com famílias?

O enfrentamento da violência intrafamiliar envolve reflexão sobre questões importantes para a compreensão e o desenvolvimento do papel dos pais; para a diferenciação das funções do homem e da mulher; para maior compreensão e respeito pela infância e adolescência e para tomada de consciência dos cuidados prestados ao idoso. É importante promover diferentes modos de se comunicar, dar sentido e

transformar os atos violentos, desenvolvendo noções de limite, diferenciações entre as pessoas e as gerações, construindo uma cultura de promoção e garantia dos direitos humanos que se estenda a um sistema ampliado de apoios e solidariedade.

Entre os aspectos que colaboram para um bom atendimento à família estão: boa acolhida dos profissionais; construção de um vínculo de confiança; oferta de um espaço seguro de escuta; apoio e compartilhamento das situações vivenciadas; prontidão nos atendimentos; oferta de cuidado que focalize a dinâmica familiar, e não apenas a díade “vítima-agressor”. Espera-se que as famílias tenham condições de se reorganizar, administrar o seu cotidiano; manter relações afetivas entre os membros; restabelecer a confiança nos elos familiares; proteger seus membros; conter os abusos; melhorar a comunicação intrafamiliar; suprir as necessidades de apoio e desenvolvimento de todos.

11.5 Atendimento à família

Em vez de se focar a responsabilização da família sobre as situações de violência, é importante valorizar a família e seu potencial de cuidadora, no sentido de promover “ambientes familiares saudáveis”. É preciso vencer o isolamento que costuma acompanhar as famílias afetadas pela violência. Embora muitas vezes se vejam isolados, os profissionais devem atuar em rede, havendo necessidade de um trabalho em equipe com abordagem interdisciplinar.

É crucial promover uma escuta empática – e não uma escuta burocrática, mecânica e fria – com a finalidade de valorizar as formas de comunicação, a autoestima, o potencial da família e o fortalecimento dos vínculos. Deve-se evitar a díade agressor-vítima, tomando a família e sua dinâmica como foco de atenção.

A reincidência da violência é outro problema a ser enfrentado, sendo necessário identificar os fatores de risco associados a ela. O sucesso do atendimento está em interromper a violência e trabalhar na transformação das estruturas sociais que influenciam ou potencializam esse ciclo. Para tanto, é preciso enfrentar as normas e os valores que legitimam a violência, garantindo direitos e a implementação de leis que protejam as pessoas e reduzam as desigualdades econômicas e socioculturais.

Há formas diferenciadas de atendimento a crianças, adolescentes e famílias vítimas de violência nas instituições. Em geral, as unidades têm como primazia o atendimento a crianças e adolescentes vítimas de abuso sexual e negligência; os abusos físicos também são muito comuns, e o abuso psicológico é o tipo menos percebido. Os casos costumam ser encaminhados aos serviços referenciados para vítimas de violência pelo Conselho Tutelar, Vara da Infância e Juventude, Vara da Família, Delegacia da Mulher, Ministério Público, serviços de saúde, escolas e, menos frequentemente, pela própria família. Muitas vezes, a falta de preparo de alguns conselheiros tutelares reproduz uma postura de culpabilização e julgamento moral, o que deixa os familiares mais acuados e temerosos. Uma escuta e abordagem diferenciadas são importantes para uma ajuda efetiva e eficaz à família. Em seguida descrevemos algumas das principais estratégias construídas para abordar as crianças, os adolescentes e as famílias.

11.5.1 Tipos de intervenção com crianças, adolescentes e famílias com dinâmica de violência

Os tipos de intervenção podem ser assim descritos:

- **Entrevista individual com a criança ou o adolescente** – identificar o perfil social e psicoeducativo, e observar as características de cada criança ou adolescente; descrever situações da vida e realizar um diagnóstico sociofamiliar; realizar encontro empático, lúdico e que favoreça o vínculo, especialmente com crianças pequenas.
- **Entrevista com familiares** – conhecer melhor a criança, o adolescente, o casal e o idoso; conhecer a condição socioeconômica da família e a rede de apoio; obter informações sobre a história de vida do pai, da mãe, dos filhos e de outros integrantes da família; compreender a dinâmica familiar.
- **Visita domiciliar** – conhecer o ambiente familiar, a situação socioeconômica e a comunidade de origem, criando relação de confiança e de parceria. É uma boa estratégia de envolvimento da família, pois permite uma atuação mais direta no cotidiano, podendo se tornar alvo de ações preventivas.
- **Atendimento psicoterápico individual com a criança ou o adolescente** – oferecer apoio psicológico com o uso de recursos lúdicos e expressivos; compreender os efeitos do abuso e construir formas de interromper; acolher e tratar o sofrimento dele resultante.
- **Atendimento psicoterápico com a família** – favorecer o funcionamento saudável do sistema familiar; compreender e mudar padrões de interações na família; trabalhar a escuta e a expectativa da família; favorecer a fala sobre os conflitos, melhorando a comunicação intrafamiliar, a noção de limites e fronteiras, e os papéis entre gerações; interromper o ciclo da violência.
- **Grupos de crianças e adolescentes** – propiciar uma vivência positiva, resgatando a espontaneidade, liberando o potencial criativo e proporcionando a convivência com pares que passaram por situações

semelhantes; favorecer a (re)elaboração da experiência traumática; ajudar a compreender que a responsabilidade do abuso é do adulto, evitando a introjeção da culpa por parte da criança vitimizada.

- **Grupos de pais** – refletir sobre o cotidiano, buscando alternativas para as dificuldades encontradas; exercitar a construção de soluções para os problemas relacionais com o uso de recursos próprios, elevando a autoestima; mobilizar as famílias a construir um espaço social mais digno para si mesmas, com o desenvolvimento de seu papel de educadoras/cuidadoras dos filhos; esclarecer o papel dos pais, trabalhando a colocação de limites com afetividade e orientar sobre as diferentes etapas do desenvolvimento infantil.
  É interessante trabalhar o grupo com jogos ou dinâmicas, fazendo a escolha conjunta do tema e o compartilhamento de vivências. Na prática, a participação é quase exclusivamente das mães.
- **Grupos com autores de agressões** – construir um espaço seguro e de acolhimento para a tomada de consciência das implicações e das razões dos atos violentos praticados, buscando novas formas de lidar com as situações-problema, desenvolvendo maior tolerância e formas mais apropriadas de lidar com as ansiedades. Há casos em que esse tipo de atendimento funciona melhor quando a pessoa vem encaminhada pela Justiça. Ainda é um recurso pouco utilizado e que necessita ser mais difundido.

Há dificuldades para a família reconhecer a violência como parte de seu cotidiano e como uma violação dos direitos da criança, do adolescente, da mulher, do homem ou do idoso (quando for o caso) e das consequências para a saúde. Há ainda o desafio, para os familiares, de analisar a própria história pessoal, comumente marcada pela violência e pelo excessivo sofrimento durante a infância. A dificuldade é

maior quando se trata de abuso sexual, seja pela vergonha, seja por ter de admitir que o(a) companheiro(a), o pai ou a mãe foram os responsáveis por tais atos.

O apoio psicológico é recomendado em muitos casos, tendo como objetivos: conhecer e compreender as diferentes situações de violência apresentadas, com seus múltiplos fatores; promover ou ajudar os mais vulneráveis a aprender a "pedir ajuda"; rever os papéis femininos e masculinos e as diferenças entre gerações, trabalhando as dificuldades de relacionamentos dentro da família; ressignificar a vida, com abertura para novas perspectivas; dar suporte e encorajamento para enfrentamento das dificuldades pessoais e de conjuntura familiar, ajudando a família a reescrever suas histórias, com melhores perspectivas de vida e de futuro.

Para refletir

Que dificuldades você sente para ajudar uma família com dinâmica de violência?

Apesar de tais dificuldades, o que é possível fazer para interromper a violência?

11.5.2 Considerações éticas com a qualidade da intervenção

- **Sigilo e segurança** – o compromisso da confidência é fundamental para conquistar a confiança do cliente. No caso de crianças e adolescentes, o profissional é obrigado por lei a notificar ao Conselho Tutelar, como uma medida de proteção. Mesmo diante da denúncia ao CT, o sigilo será mantido. A necessidade de intervenção na família visa ao resgate do papel dos pais e à garantia da segurança das crianças e dos adolescentes.
- **A intervenção não pode provocar maiores danos** – o ato de expor detalhes muito pessoais e dolorosos a um

estranho pode fragilizar ainda mais a vítima, provocando fortes reações negativas. O profissional deve estar capacitado a desenvolver uma atitude compreensiva, e não julgadora. Deve evitar que a pessoa entrevistada seja interrogada mais de uma vez, por mais de um interlocutor, sobre os mesmos aspectos do problema.

- **Respeitar o tempo, o ritmo e as decisões das pessoas** – ao sofrer violência, cada pessoa lida com as situações da maneira que acredita ser a melhor, não estando muitas vezes pronta para aplicar as orientações e os auxílios recebidos. Não é papel do profissional acelerar esse processo ou tentar agilizar a decisão de seus clientes, tampouco culpabilizá-los por permanecerem na relação de violência. É preciso saber respeitar o tempo e investir na capacidade das famílias para enfrentar os obstáculos.
- **Os profissionais devem estar atentos ao impacto da violência em si mesmos** – a violência intrafamiliar afeta todos os que se envolvem com ela, inclusive os profissionais. O contato com situações de insegurança, risco e sofrimento desperta questionamentos e gera sentimentos de impotência em função da impossibilidade de obter soluções imediatas, exigindo dedicação e cuidado para buscar o alívio de suas próprias tensões. É preciso criar oportunidades sistemáticas de discussão, sensibilização e capacitação das equipes para expor e trabalhar seus sentimentos e reações (BRASIL, 2002).

11.5.3 Estratégias de atendimento às famílias

Os serviços que atendem as famílias com dinâmica de violência precisam ter clareza dos propósitos e da abrangência de sua atuação, estabelecendo vínculos consistentes e contínuos com os Conselhos Tutelares e parcerias comunitárias. É fundamental uma articulação com

as demais entidades, estabelecendo uma verdadeira atuação em rede. A composição das equipes deve ser de caráter multidisciplinar e deve conter profissionais com formação em terapia de família. É preciso assegurar as seguintes competências profissionais para a atuação nessa equipe: capacidade de negociação, empatia, sensibilidade e respeito às diferenças. É necessário investir na capacitação profissional de todos os membros da equipe, inclusive de profissionais de apoio, além de proporcionar suporte psicológico ao profissional e supervisão técnica para a discussão dos casos.

Atualmente, os serviços que dão apoio a famílias afetadas pela violência priorizam o atendimento da mãe e da criança ou adolescente vítimas, de modo que nem o pai, nem os irmãos costumam ser envolvidos no acompanhamento prestado, quando se trata de violência contra a criança e o adolescente(DESLANDES; ASSIS; SILVA, 2004).

É crucial, dentro do possível, o envolvimento de toda a família, tendo em vista que a violência funciona sistemicamente e pode ganhar novos direcionamentos se o sistema familiar não for acolhido por inteiro. A ausência de atendimento de familiares agressores, especialmente de homens envolvidos em abuso sexual, revela uma lacuna na rede de atenção. O estigma de “agressor” sem a oportunidade de um apoio pode fazer com que a pessoa acredite que falhou de modo irreversível em seu papel de cuidador, favorecendo a reprodução de atos futuros. A escuta, a acolhida respeitosa e afetuosa e a flexibilidade de horários para atender demandas inesperadas são pontos positivos para uma boa abordagem familiar.

O livro *Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes* (DESLANDES; ASSIS; SILVA, 2004) ressalta a importância de as famílias serem acolhidas nos atendimentos não apenas como

usuárias dos serviços, mas sobretudo como parceiras e "coconstrutoras" da relação de ajuda.

A partir do confronto da literatura e dos achados de serviços de referência voltados para o atendimento de famílias com dinâmica de violência contra crianças e adolescentes, foram definidas as seguintes metas para a construção de um serviço eficaz com famílias:

- Prestar uma atenção integral à família de forma contínua e sistemática.
- Negociar com a família o plano de atendimento.
- Promover um atendimento comprometido com a promoção da autoestima e o "empoderamento" dos familiares, visando ao desenvolvimento de sua capacidade de administrar conflitos e melhorar a convivência.

Confira o conceito de empoderamento na parte I, Capítulo 4.

- Promover estratégias para a criação de vínculos estreitos entre profissionais e família.
- Assegurar o atendimento ao autor de agressões (socioeducativo ou psicoterápico) seja no próprio serviço, seja pelo encaminhamento efetivo à rede.
- Acessar, sempre que a equipe considerar necessário, os serviços de responsabilização judicial do autor de agressões.
- Promover visitas domiciliares, ampliando o acompanhamento.
- Oferecer horários alternativos para os atendimentos realizados nos serviços.
- Buscar apoio social para garantir às famílias mais pobres o acesso ao atendimento e à melhoria de condições de

sobrevivência.

- Definir coletivamente critérios para encerrar o atendimento.
- Registrar os casos de reincidência a fim de se repensar o tratamento adequado.
- Monitorar as situações de abandono, buscando estratégias de reincorporação aos serviços.
- Estabelecer uma rotina de notificação dos casos aos Conselhos Tutelares e, na sua ausência, aos órgãos competentes.

É preciso avançar e produzir conhecimento teórico e prático sobre a melhor forma de atender em conjunto, sempre que possível, as famílias das vítimas de violência, sejam elas de diferentes faixas etárias ou pertencentes a diversos grupos vulneráveis.

11.6 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Violência intrafamiliar*: orientações para a prática em serviço. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Cadernos de atenção básica, 8).

CARVALHO, M. C. B. O lugar da família na política nacional. *In*: CARVALHO, M. C. B. (org.). *A família contemporânea em debate*. São Paulo: EDUC: Cortez, 2002. p. 15-22.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SILVA, H. O. (coord.). *Famílias*: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: Claves: UNICEF, 2004.

FERRARI, D. C. A.; VECINA, T. C. C. *O fim do silêncio na violência familiar*: teoria e prática. São Paulo: Ágora, 2002.

FINKELHOR, D. Common features of family abuse. *In*: FINKELHOR, D. *et al*. (ed.). *The dark side of families*: current

family violence research. London: SagePublication, 1983. p.11-16.

GELLES, R. Anexchange social theory. *In*: FINKELHOR, D. *et al*. (ed.). *The dark side of families*: current family violence research. London: SagePublication, 1983. p.151-165.

MEYER, D. E. E. *et al*. Você aprende, a gente ensina?: interrogando relações entre ações de saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1335-1342, 2006.

NÃO é fácil, não! : prevenindo a violência de homens contra mulheres. Produção do Instituto Promundo. Colaboração do Instituto NOOS (Instituto de Pesquisas Sistêmicas e Desenvolvimento de Redes Sociais). Rio de Janeiro: Três Laranjas Comunicações, [2002]. 1 fita de vídeo (18 min), VHS, son, color.

NOBRE, Dudu. *A grande família*. Composição Dito e Tom. Belo Horizonte, [2014]. [*Site*] Letras. Disponível em: https://www.letras.mus.br/dudu-nobre/45592/. Acesso em: 1 jun. 2020.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. *In*: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (org.). *Família*: rede, laços e políticas públicas. São Paulo: IEC/PUC-SP, 2003. p. 21-36.

SEGALEN, M. A. *Sociologia da família*. Lisboa: Terramar, 1999.

12. Pessoas institucionalizadas e violência

Paulo Amarante, Nádia Degrazia Ribeiro, Patricia Constantino

Neste capítulo, são abordadas algumas formas de institucionalização, tradicionalmente reconhecidas pelas relações de violência existentes. Pretende-se acrescentar novos conhecimentos à experiência de cada profissional no que diz respeito às situações de institucionalização que estigmatizam, que deixam consequências à saúde física, mental e à inserção social daqueles que por elas passaram. Tipos de instituições priorizadas neste capítulo:

- prisionais (adultos);
- de ressocialização (adolescentes em conflito com a lei);

- abrigos para idosos;
- acolhedoras de pessoas com problemas mentais.

Deixamos de lado um grande número de instituições de internamento, que também podem agir de forma violenta. Vale ressaltar que a própria hospitalização por qualquer tipo de doença pode vir a ser plena de diversas formas de violência. Podemos mencionar:

- peregrinação por diversos serviços até receber atendimento;
- falta de escuta e tempo para ouvir a clientela;
- frieza, rispidez, falta de atenção, negligência e maus-tratos dos profissionais para com os usuários;
- discriminação de pacientes por questões de raça, idade, opção sexual, gênero, deficiência física, doença mental;
- violação dos direitos reprodutivos (discriminação das mulheres em processo de abortamento; aceleração do parto para liberar leitos);
- preconceitos acerca dos papéis sexuais e em relação às mulheres soropositivas, portadoras do HIV, quando estão grávidas ou desejam engravidar;
- desqualificação do saber prático e da experiência de vida da população, diante do saber científico;
- violência física e psicológica;
- detrimento das necessidades e dos direitos da clientela;
- críticas ou agressões a quem grita ou expressa dor e desespero, em vez de se promover uma escuta atenciosa para acalmar a pessoa, fornecendo informações e buscando condições que lhe proporcionem mais segurança;
- diagnósticos imprecisos, acompanhados de prescrição de medicamentos inapropriados ou ineficazes, desprezando ou mascarando os efeitos da violência.

Pretende-se nortear o aprendizado do capítulo com estudos de casos que levem o leitor a refletir sobre sua abordagem, quando estiver lidando com pessoas nessas situações, articulado em três eixos:

a. Que instituições são essas?
b. Que pessoas vão parar nessas instituições?
c. Como abordar essas pessoas sob uma perspectiva de saúde que previna e trate doenças e males associados e produzidos pela institucionalização?

Recomenda-se a leitura do texto “Mulheres negras, violência e pobreza”, escrito pela filósofa Sueli Carneiro (2003). Essa leitura é importante.

Caso A vida de Priscila (sistema prisional)

Cena 1

Priscila é uma jovem negra de 23 anos, com três filhos de 4, 3 e 1 ano, registrados só em seu nome. Cuida sozinha das crianças e trabalha como faxineira em casa de família. No momento, está trabalhando apenas em uma casa e seu dinheiro está mais “curto” do que nunca, mas não tem vontade de procurar outras casas. Quando criança e no início da adolescência, também fez faxinas em casas de família que sua mãe arranjava, e muitas vezes ficava mais de um mês sem ir para casa. Priscila tem vontade de ter outra atividade, mas estudou pouco e não vê alternativa. Quando sai para trabalhar, deixa os filhos com a vizinha, dona Zezé. A relação com a família de origem está estremecida desde

seu penúltimo relacionamento amoroso, que não tinha aprovação familiar. Saiu do subúrbio onde foi criada e foi morar na casa da mãe do namorado, em uma favela na Zona Sul carioca. Contava com a ajuda dela para criar seu primeiro filho e logo engravidou novamente. O relacionamento durou somente até o nascimento do segundo filho, porque o companheiro era violento, e a sogra não a apoiava quando havia brigas.

Alugou um barraco e, tempos depois, iniciou relacionamento com um rapaz ligado ao tráfico. Após o nascimento do filho deles, ele pediu-lhe para guardar drogas ilícitas em sua casa. No dia em que foi presa, Priscila estava chegando do trabalho. Condenada a três anos em regime fechado, não teve oportunidade sequer de falar com a vizinha ou com seus filhos. Dona Zezé, sem saber o que fazer com as crianças, pediu ajuda ao Conselho Tutelar.

A condição de ser branco ou negro não é apenas uma diferença na cor da pele. A vida das pessoas negras é afetada em todas as esferas e as mulheres sofrem esses efeitos de forma particular.

Você sabia que a infância de Priscila é muito parecida com a de 172.332 crianças e adolescentes (de 5 a 15 anos) que trabalham e recebem 60% menos que um adulto na informalidade? Isso quando recebem, pois alguns trabalham em troca de casa e comida. Dessas crianças e jovens, 64% são negros como Priscila. No passado, Priscila viveu uma série de situações de risco, pois muitos patrões julgam que suas jovens empregadas são sua propriedade, inclusive no sentido sexual. Na época, Priscila ganhava dinheiro em troca de trabalhar mais de 12 horas por dia e via a família de dois em dois meses. A quantia representava 2% da renda familiar de seus pais.

Para mais informações, consulte a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, disponível em: www.ibge.gov.br

Você conhece o funcionamento de um Conselho Tutelar? O conselho é um órgão permanente e autônomo, encarregado pela sociedade de zelar pelo cumprimento dos direitos da criança e do adolescente. A definição e as atribuições do conselho estão descritas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2003), instituído pela Lei n. 8.069/90, que trata da proteção integral à criança e ao adolescente.

Os direitos à proteção dos filhos de Priscila estavam ameaçados após a prisão dela, pois não havia nenhum responsável legal por seus cuidados, apesar da boa vontade de dona Zezé.

No ECA, no capítulo "Das medidas específicas de proteção" (artigos 99-102) e no artigo 101, inciso 7, é mencionada a medida de abrigar em entidade, aplicada pelo Conselho e Juizado da Infância e Juventude para proteger temporariamente as crianças de casos como esse, enquanto a mãe estiver presa (BRASIL, 2003).

12.1 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso A vida de Priscila

Os profissionais que atuam nas unidades de saúde do serviço público atendem, em sua maioria, pessoas pobres cujas vidas e a de seus familiares muitas vezes passam por situações de institucionalização em locais fechados. Há

também os profissionais da saúde que atuam diretamente em abrigos, internatos e prisões, em funções ligadas à segurança e disciplina ou fazendo parte da equipe técnica como assistentes sociais, educadores, enfermeiros, médicos e psicólogos.

Existem locais onde as pessoas ficam institucionalizadas por opção, como, por exemplo, os conventos e outros tipos de instituições religiosas. Mas na maior parte das instituições, e especialmente naquelas que nos interessam nesta discussão, as pessoas permanecem por razões alheias à sua vontade. É o caso de crianças em abrigos, de adolescentes que cumprem medida socioeducativa, de adultos que são presos, de idosos que acabam suas vidas nos asilos.

> Casas-abrigo são locais seguros que oferecem moradia protegida e atendimento integral a mulheres em situação de risco de vida iminente, em razão de violência doméstica. É um serviço de caráter sigiloso e temporário, no qual as usuárias podem permanecer por um período determinado, durante o qual deverão reunir condições necessárias para retomar o curso de suas vidas.

Há ainda as instituições que abrigam mulheres em situação de risco e pacientes psiquiátricos. As pessoas que cometeram crimes e que tiveram comprovada sua incapacidade mental são encaminhadas aos manicômios judiciários.

De acordo com o Código Penal, quando doentes mentais cometem crimes, eles são considerados “inimputáveis” (não imputável, irresponsável) e não estão submetidos à lei como as pessoas consideradas sãs mentalmente. Devem, no entanto, ser internados para cumprir medida de segurança em instituições denominadas Manicômios Judiciários, que

são espaços prisionais e hospitalares. No Rio de Janeiro, desde 1921 funciona um desses manicômios, denominado Hospital de Custódia e Tratamento Heitor Carrilho.

O livro de Sérgio Carrara (1998), *Crime e loucura: o aparecimento do manicômio judiciário na passagem do século*, é excelente leitura para a compreensão desse tipo peculiar de instituição e do contexto histórico no qual se deu sua criação.

12.2 Você sabe o que é estigma?

Na década de 1950, antes de publicar o livro **Estigma**, Goffman escreveu uma obra clássica sobre um determinado tipo de instituição em que pessoas ficam internadas. A essas instituições ele deu o nome de instituições totais. Goffman definiu-as como locais de residência ou trabalho em que um grande número de indivíduos, com situação semelhante, permanece separado da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levando uma vida fechada e formalmente administrada. Essas instituições geralmente são incompatíveis com a vida familiar e os trabalhos oferecidos aos internos costumam ser desmoralizantes e inúteis para o retorno desses indivíduos à vida livre. O autor acredita que a entrada e a permanência de uma pessoa nesse tipo de instituição acarretam uma mortificação do eu, seu estojo de identidade prévio é desmantelado, a pessoa se torna anônima ou passa a ser identificada por um número.

No caso das prisões, por exemplo, alguns pertences e peças de vestuário podem ser levados pelo indivíduo para sua cela, quarto ou alojamento, ficando todos os outros em serviços de custódia. Tal procedimento se deve a fatores de segurança, falta de espaço, e tem como consequência a perda de identidade. Os presos, quando em celas coletivas, têm como espaço próprio apenas sua cama, chamada de comarca. Não há armários ou espaços privados equivalentes. Em algumas penitenciárias há alojamentos individuais, e o preso pode circular fora de sua cela até o toque de recolher ao final do dia. Porém, na maior parte delas, o indivíduo sai da cela apenas para atendimentos nas seções administrativa, educacional, jurídica e de saúde.

Goffman (1978) agrupou as instituições totais em cinco tipos principais:

1. instituições para pessoas que seriam incapazes e inofensivas, como casas para cegos, velhos, órfãos e indigentes;
2. instituições destinadas às pessoas consideradas incapazes de cuidar de si mesmas e que são também uma ameaça à comunidade, embora de maneira não intencional, como os sanatórios para tuberculosos, hospitais para doentes mentais e com hanseníase;
3. instituições organizadas para proteger a comunidade contra perigos intencionais, como cadeias, penitenciárias, campos de prisioneiros de guerra, campos de concentração;
4. instituições destinadas a realizar de forma mais adequada algum tipo de trabalho, como os quartéis, navios, escolas internas, campos de trabalho, colônias;
5. instituições destinadas ao refúgio do mundo ou instrução para religiosos, como mosteiros e conventos.

O retorno ao mundo, após permanência nessas instituições, é tão problemático quanto o período de

reclusão. Ter vivido nelas, especialmente nas prisões e nas escolas, para cumprimento de medidas socioeducativas, é uma marca estigmatizante que dificulta uma nova inserção.

Mesmo no caso das instituições fechadas e livres de estigmas, o tempo passado nelas dificulta ou impede um retorno aos papéis anteriores, gerando um descompasso permanente entre o ex-internado e todos os componentes de sua vida.

Vamos retornar ao caso de Priscila.

Caso A vida de Priscila (sistema prisional)

Cena 2

Os filhos de Priscila são colocados em um abrigo. Dona Zezé, Priscila e as crianças ficam meses sem notícias uns dos outros. Só quando Priscila chega ao presídio, após meses na delegacia, é que passa a ser atendida pela assistente social, que localiza seus filhos no abrigo Sementes do Bem, com ajuda de profissionais da Primeira Vara da Infância e Juventude.

Cena 3

Na prisão, Priscila não consegue dormir, sente-se fraca, nervosa e assustada. Em sua cela, dormem mais 29 mulheres. Observa que volta e meia as guardas levam pequenos grupos para fora da cela, chamando seus nomes e anunciando “social, psicóloga, médico”. Pensa em ir ao médico para tomar algum medicamento, mas não sabe se deve pedir e não tem coragem de perguntar. Um dia seu nome é chamado e ela desce para o ambulatório médico.

Cena 4

Seus filhos estão em situação igualmente difícil: o pequenino está apático e pouco se movimenta, e os mais velhos mostram-se muito agressivos com as outras crianças e choram a todo momento. O casal responsável pelo grupo de dez crianças, entre os quais os meninos de Priscila, está muito acostumado a cuidar de crianças afastadas dos pais, e ambos acreditam que a adaptação ao novo ambiente sempre é difícil. De qualquer forma, Maria do Socorro, responsável pelo grupo de crianças, consulta seu marido sobre a possibilidade de eles irem até o posto de saúde pedir alguns conselhos à assistente social e à psicóloga a quem costumam recorrer em momentos de aperto. Socorro se pergunta se o fato de a mãe ter sido presa pode trazer algum tipo de problema específico àquelas crianças. Já cuidou de meninos e meninas abandonadas, mas nunca teve nenhum caso de criança institucionalizada por motivo de prisão da responsável.

Cena 5

Priscila responde às perguntas do médico e diz que não está conseguindo dormir, e que apareceram vários furúnculos em seu corpo. O médico informa que acabou o estoque dos remédios que ajudam a dormir e receita então algumas vitaminas, caso ela tenha algum parente ou amigo que possa comprar. Prescreve uma injeção para os furúnculos, orienta a enfermeira a marcar para o mês seguinte uma consulta na ginecologia e pede exames de urina e de sangue. Priscila tem vontade de falar mais, porém se sente constrangida por saber que muitas outras pessoas estão lá fora aguardando.

Cena 6

Maria do Socorro deixa as crianças com o marido e vai até o posto. Consegue entrar na sala da psicóloga duas horas depois. Explica a situação dos meninos recém-chegados e a psicóloga pergunta o que ela sabe sobre eles, além de seus nomes. Socorro menciona um relatório de uma página que veio junto com os meninos, citando o nome da mãe e acrescentando que ela está presa no centro do Rio. A psicóloga sugere que ela converse com os meninos, mencionando o nome da mãe deles e dizendo que ela está em um lugar de onde não pode sair para vê-los ou buscá-los. Socorro se pergunta se eles vão entender, já que são tão pequenos. A psicóloga chama a assistente social e conversam sobre a possibilidade de um contato com o presídio e com os profissionais da Vara da Infância e da Juventude. Socorro pensa em fazer algumas perguntas sobre prisão, crime, sobre o fato de eles serem filhos de alguém que cometeu crime. Mas acha que a psicóloga pode pensar mal dela e vai embora achando que eles são como qualquer criança separada da mãe, e que a deles pode ser como qualquer outra, apesar de ter feito besteira. Antes de ir embora, Socorro marca pediatra para as crianças, pois eles não conseguem se curar da gripe, têm uma ronqueira e coriza constantes.

Para refletir

Se você trabalhasse no abrigo onde os filhos de Priscila se encontram, o que você faria para ajudá-los?
O que você acha das sugestões da psicóloga do posto?
E dos pensamentos de Socorro?

Caso A vida de Priscila (sistema prisional): segundo momento no abrigo e na prisão

No abrigo

Já foi marcada uma visita das crianças à mãe. Dona Socorro e seu marido já conversaram com eles sobre o encontro que vai acontecer em breve. Eles estão menos chorões e já brincam com as outras crianças. O pequenino adora ficar no colo de Socorro, e ela sempre o segura um pouquinho quando pode. Ele já começa a dar os primeiros passos. Socorro os flagrou gargalhando um dia desses e pensa como foi bom os três terem vindo juntos para o abrigo. Orgulha-se em pensar que o local onde ela trabalha e também vive parece uma casa, e não uma prisão como os abrigos de antigamente.

De acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003), a medida de abrigo deve ser aplicada em caráter de brevidade e excepcionalidade. O abrigo que Socorro e o marido coordenam funciona de acordo com esses princípios. Sabe-se, no entanto, que mesmo decorridos muitos anos da aprovação do Estatuto (BRASIL, 1990), ainda existem instituições que pouco diferem dos asilos e orfanatos antigos.

Pesquisa sobre os abrigos realizada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA *apud* ASSIS; FARIAS, 2013) revela que, das crianças abrigadas, 58% são meninos, 63% são afrodescendentes, 61% estão entre 7 e 15 anos. Dirigentes entrevistados afirmam que em 35% dos casos o retorno das crianças e adolescentes fica comprometido em função das mínimas condições socioeconômicas das famílias. Levantamento Nacional de Crianças e Adolescentes em situação de acolhimento, realizado entre 2009 e 2010, mostra haver 2.617 instituições e 144 programas de famílias acolhedoras espalhados por 1.157 municípios brasileiros. O número de crianças e adolescentes encontrado foi de 37.861, dos quais 36.929 estavam em instituições e 932 em programas de famílias acolhedoras. A maioria das crianças e adolescentes em cuidados institucionais foi localizada em grandes municípios e metrópoles (65,4%), enquanto aqueles

em programas de saúde acolhedora são mais propensos a estar em municípios. As razões mais frequentes que levaram à institucionalização das crianças e dos adolescentes foram negligência e abandono (ASSIS; FARIAS, 2013).

Para saber mais, você pode ler:

- O livro de Irene e Irma Rizzini (2004), *A institucionalização de crianças no Brasil: percurso histórico e desafio do presente*, aborda uma pesquisa histórica sobre a questão.
- O livro de Sônia Altoé (1990), *Infâncias perdidas*, descreve o cotidiano de abrigos-internatos que funcionavam em 1990 como grandes depósitos de crianças desamparadas. A autora destaca problemas que surgem desde o ingresso na instituição, quando ocorre a primeira separação entre o responsável e a criança, passando pelas sucessivas transferências que ocorrem concomitantemente ao crescimento da criança, até o momento da saída.

Acesse também o site www.ipea.gov.br. Consulte o campo Pesquisa e digite “abrigos”.

Caso A vida de Priscila (sistema prisional): na prisão

Priscila vai à sala da assistente social, onde consegue falar com os filhos pelo telefone e toma conhecimento do agendamento da visita. Em sua cela observa que algumas mulheres vão ao psicólogo e não parecem

loucas. Decide perguntar a uma delas – que achou mais simpática – como é a conversa com a psicóloga e decide ir também. Esta lhe sugere que escreva cartas para seus filhos e conhecidos, e pergunta se na cela existe alguém com quem ela possa conversar.
Durante o tratamento psicológico, Priscila resolve frequentar um culto religioso, apesar de nunca ter praticado religião, e inscreve-se para aulas de informática. Recebe uma carta de sua vizinha e não consegue imaginar como ela pôde ser tão esperta a ponto de descobrir seu novo endereço. E ainda tem mais novidade: recebeu um bilhete de um rapaz do presídio ao lado. O bilhete subiu pela janela e uma presidiária mais antiga puxou a linha com várias cartas. No bilhete, ele conta que a achou linda quando a viu no banho de sol através da janela.

Para mais detalhes a respeito: leia o livro *Prisioneiras, vida e violência atrás das grades*, de Bárbara Musumeci Soares e Iara Ilgenfritz (2002).

Para refletir

Existem características das instituições que podem aumentar o adoecimento de seus habitantes ou promover sua saúde. O profissional pode contribuir para as duas situações.

12.3 Perfil dos homens e mulheres presas no Rio de Janeiro

Segundo os dados do Levantamento Nacional de Informações Penitenciárias (Infopen), o total de pessoas encarceradas no Brasil chegou a 726.712, em 2016. Houve um crescimento de mais de 104 mil pessoas. Cerca de 40% são presos provisórios, ou seja, ainda não possuem condenação judicial. Do universo total de presos no Brasil, 55% têm entre 18 e 29 anos; 64% da população prisional é negra; 75% não chegaram ao ensino médio. Menos de 1% dos presos tem graduação. No total, há 45.989 mulheres presas no Brasil, cerca de 5% da população prisional, 62% das mulheres respondem por tráfico de drogas. De acordo com o relatório, 89% da população prisional está em unidades superlotadas. A maior taxa de ocupação é registrada no Amazonas: 484%. O Brasil é o terceiro país com maior número de pessoas presas, atrás de Estados Unidos e China. O quarto país é a Rússia. Os crimes relacionados ao tráfico de drogas são os que mais levam pessoas às prisões, com 28% da população carcerária total. Somados, roubos e furtos chegam a 37%. Homicídios representam 11% dos crimes que os levaram à prisão (BRASIL, 2017).

Não são raros os casos em que as diversas instituições fazem parte da trajetória de vida de algumas pessoas. Criadas em orfanatos, muitas dessas crianças acabam se tornando infratoras por não terem tido outras oportunidades de inserção. Assim, fazem a passagem do abrigo às instituições que atendem jovens em conflito com a lei. Como já foi apontado muitas vezes, o percurso continua dessas unidades para os presídios.

12.3.1 Adolescentes em conflito com a lei

Existem no Brasil cerca de 19 mil adolescentes internos (BRASIL, 2018) em instituições de privação de liberdade. Esse número é muito pequeno quando comparado ao total de adolescentes – com idade entre 12 e 21 anos – existentes no Brasil (em torno de 32,7 milhões). Isso significa que, para cada 10 mil adolescentes brasileiros, existem menos de seis adolescentes privados de liberdade.

Segundo o Levantamento Anual do Sinase (BRASIL, 2018), em 2016, 26.450 adolescentes respondiam por atos infracionais no país:18.567 cumprindo medida de internação (70%), 2.178 em regime de semiliberdade (8%) e 5.184 em internação provisória (20%). Há, ainda, outros 334 adolescentes/jovens em atendimento inicial e 187 em internação sanção (medida restritiva de liberdade aplicada a quem descumpre medida mais branda, de forma reiterada e injustificada).

A distribuição entre as unidades da federação indica dois estados com Sistema Socioeducativo acima de dois mil adolescentes, São Paulo e Rio de Janeiro. Em relação aos atos infracionais, 47% (12.960) deles foram classificados como análogo a roubo e 22% (6.254) foram registrados como análogo ao tráfico de drogas. O ato infracional análogo ao homicídio foi registrado em 10% (2.730) do total de atos praticados, acrescido de 3% de tentativa de homicídio. A participação das meninas foi de 4% no total dos atendimentos socioeducativos. A maior proporção de adolescentes está concentrada na faixa etária entre 16 e 17 anos com 57% (15.119), seguida pela faixa etária de 18 a 21 anos com 23% (6.728), entre 14 a 15 anos com 17% (4.074) e 12 a 13 anos com 2% (326), havendo, ainda, 1% sem especificação de faixa etária (203). Dos adolescentes e jovens em restrição e privação de liberdade, 59,1% foram considerados de cor parda/preta, 22,5% de cor branca, 0,9% de cor amarela e 1,0% da raça indígena (16,5% dos adolescentes e jovens não possuem registro quanto à sua cor ou raça) (BRASIL, 2018).

Existem 477 unidades de atendimento socioeducativo no país, considerando as modalidades de atendimento de internação, internação provisória, semiliberdade, internação sanção e atendimento inicial. Nacionalmente, a distribuição de unidades está concentrada na Região Sudeste, com 218 unidades (45,7%).

Sobre a oferta de ações de saúde aos adolescentes privados de liberdade, a maioria das unidades utiliza os serviços de saúde pública local. Cerca de metade dessas ações tem profissionais contratados com recursos próprios.

Assim, é evidente que os adolescentes privados de liberdade são atingidos pelas mesmas dificuldades que a maioria da população enfrenta ao utilizar a saúde pública – demora na marcação de consultas, falta de especialistas, dificuldades para realização de exames de maior complexidade, além de outras questões, como o preconceito, expresso na negação ou na negligência do atendimento.

Caso As muitas dificuldades de Camila

Camila é uma jovem de 14 anos interna de uma instituição para meninas infratoras. Essa jovem chegou à instituição dizendo ser portadora de HIV e que fazia acompanhamento em uma unidade de saúde do município.

Dentro da instituição, ela sofria preconceitos das outras internas, pois elas associavam a doença de Camila à prática da prostituição. A instituição contava apenas com dois auxiliares de enfermagem e uma psiquiatra que trabalhava em dois plantões semanais, além da equipe de psicólogos e assistentes sociais.

Camila se configurava como um problema para a instituição: eram muitos os conflitos entre ela e as demais jovens que a provocavam. Camila utilizava a doença como forma de amedrontar as demais internas (se cortava e dizia que iria contaminá-las). A instituição

não dispunha de infraestrutura para cuidar da saúde da jovem, que já estava bastante debilitada. As idas às unidades de saúde se configuravam como um problema a mais, pois nem sempre havia viatura disponível, nem sempre havia disponibilidade de monitores para acompanhá-la, além das dificuldades encontradas em conseguir atendimento. Em contrapartida, a jovem se queixava de ter que sair da unidade uniformizada e dizia que todas a olhavam de maneira diferente: "Além de aidética, todo mundo fica sabendo que eu sou criminosa".

Camila faleceu quando ainda estava cumprindo a medida socioeducativa.

Para refletir

Se você fizesse parte da equipe de saúde dessa unidade, qual seria seu procedimento nesse caso?

Há ainda a ausência de assistência aos dependentes químicos e de ações em saúde mental. Quando oferecidos nas próprias unidades, os serviços variam bastante, desde a realização de ações preventivas, orientação sobre DST/Aids e distribuição sistemática de preservativos, até denúncias de negligência e descaso diante dos problemas de saúde dos adolescentes.

Outro problema é a excessiva utilização da psiquiatria como recurso para manter a "ordem" nas instituições de ressocialização, seja por meio da excessiva utilização de medicação sedativa ou da internação em hospitais psiquiátricos, muitas vezes sem justificativa técnica. Estudos vêm mostrando que esses jovens infratores tendem a ficar internos mais tempo que os que têm quadros psiquiátricos que demandam internação (LIMA, 1993; BENTES, 1999; VICENTIN, 2006).

12.3.2 Idosos institucionalizados

A violência institucional no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Nos idosos asilados, há um predomínio das faixas etárias superiores a 70 anos, diferenciando-se dos idosos domiciliados, cujo maior número se concentra nas faixas etárias inferiores, de 60 a 70 anos. A idade em si não é um determinante de asilamento, mas as condições de saúde, levando-se em consideração a capacidade funcional relacionada à manutenção ou perda da autonomia e da independência.

Constatou-se que cresce o percentual de internados à medida que aumenta a faixa etária, se considerada de dez em dez anos, o que comprova que a saúde declina com o passar do tempo. A feminização da velhice é uma constatação mundial. Segundo análise feita com base nos dados do Censo Demográfico de 2000 (IBGE, 2000), no Brasil, a diferença na distribuição das pessoas idosas por sexo cresce significativamente à proporção que aumenta a faixa etária. Há uma predominância feminina de 6,4% na faixa etária dos 60 aos 64 anos, crescendo constantemente até atingir a diferença de 31,6% na faixa de 95 a 99 anos. Várias são as hipóteses sobre a longevidade da mulher; entre elas, o acompanhamento médico-obstétrico mais efetivo, maior preocupação e mais cuidados em relação às doenças e à prevenção da saúde, padrões de comportamento e estilo de vida mais saudável – o que atenua os fatores de risco –, menor exposição a riscos relativos a acidentes de trabalho e de trânsito, menos homicídios e suicídios.

O estilo de vida tem relação direta com o estado físico-mental de uma pessoa. O asilamento provoca mudança no estilo de vida do idoso, que passa a ser caracterizado pela passividade, pela não participação, pela ausência do exercício da autonomia, supondo alterações profundas que

conduzam a atitudes de espera. Essa mudança não é uma opção pessoal; é provocada pela condição de ser asilado.

O atendimento à saúde dos idosos institucionalizados em nível emergencial é feito, principalmente, pelo SUS – Pronto Atendimento 24 horas. As situações de urgência e emergência são atendidas por equipes externas. Outros serviços solicitados em caso de necessidade, mas em menor número, integram planos privados de saúde.

Você pode saber mais sobre os direitos dos idosos no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2004).

> A violência institucional que, em geral, também ocorre em todo o mundo, no Brasil ocupa um capítulo muito especial nas formas de abuso aos idosos. Ela se realiza como uma agressão política, cometida pelo Estado, em nível macrossocial. E de maneira mais particular, é atualizada e reproduzida nas instituições públicas e privadas de longa permanência [...] as relações e formas de tratamento que as entidades (asilos e clínicas) de longa permanência mantêm com os idosos... freqüentemente se perpetram e se reproduzem abusos, maus tratos e negligências que chegam a produzir mortes, incapacitações e acirrar processos mentais de depressão e demência (MINAYO, 2004, p. 33).

12.3.3 Pessoas com problemas de saúde mental

Caso A história de João Carlos

João Carlos começou a trabalhar com seu pai quando completou 12 anos. Em decorrência de dificuldade para continuar os estudos, sua mãe achou melhor retirá-lo da escola e, como ele gostava muito de ajudar o pai na oficina mecânica, passou a trabalhar como seu

ajudante. Para ele, foi uma ótima novidade, pois gostava de ficar com o pai na oficina e não demonstrava interesse em ir para a escola. Aos 28 anos, ainda solteiro e residindo com os pais, João Carlos começou a queixar-se de que na rua o observavam e falavam muito dele. Passou a diminuir suas saídas e a ficar trancado no quarto vendo televisão. Um dia queixou-se ao seu pai que comentavam sobre sua masculinidade e que queriam machucá-lo.

Tempos depois da declaração de João Carlos, seu pai encontrou-o na mala de um carro, com os olhos arregalados, suando, tremendo e muito assustado. Tinha medo de que o levassem embora de casa. Seu pai foi até o pronto-socorro da cidade, onde o orientaram a pedir ajuda aos bombeiros, pois a assistência médica não dispunha de ambulância nem de pessoal de enfermagem especializado para lidar com pacientes psiquiátricos. Ao ver os bombeiros, João Carlos entrou em desespero e tentou fugir. Foi agarrado, amarrado e levado até o pronto-socorro.

Após receber uma medicação intravenosa que o deixou sonolento e confuso, foi transferido para o hospital psiquiátrico. Lá, orientaram os pais a deixá-lo por um mínimo de duas semanas de modo que ele pudesse responder melhor ao tratamento. Depois o transferiram para uma enfermaria que comportava mais uns 50 internos. Já na cama, retiraram-lhe o relógio, o cordão presenteado por sua mãe, seus sapatos e roupas, e vestiram-no com um tipo de macacão de brim azulado. Passou a tomar fortes doses diárias de medicamentos, e mais ou menos de três em três dias era levado para uma sala onde, diziam os outros internos, aplicavam choques elétricos nos pacientes. Logo nos primeiros dias, tentou fugir, mas foi capturado e duramente repreendido: colocaram-no em um quarto sozinho, aplicaram-lhe

mais eletrochoques e mantiveram-no contido no leito na maior parte do tempo, sozinho no quarto trancado.
João Carlos ali permaneceu por mais de 70 dias. Sentia-se só e isolado e não entendia o motivo de seus pais o haverem deixado... Atualmente, aos 34 anos, João Carlos já esteve internado mais três vezes. Quando “entra em crise”, sua mãe prepara sua mala com roupas e objetos pessoais e o leva diretamente ao hospital. De dois em dois meses vai ao ambulatório para “renovar a receita”. Não trabalha mais com o pai na oficina e passa seus dias na cama em frente à televisão, fumando incessantemente, a ponto de ter as pontas dos dedos queimadas pelos cigarros e amareladas pela nicotina.

Caso A história de Lurdinha

Lurdinha casou-se muito cedo. Aos 17 anos, já estava grávida e seria mãe, com essa idade, não fosse a posição contrária irredutível de Eduardo, seu marido. Lurdinha fez o aborto a contragosto e não parou de falar do filho. Dizia ter certeza de que se tratava de um menino e passava a imaginar como ele seria, como se chamaria, de que coisas ele deveria gostar.
Um dia, criou uma enorme confusão em um supermercado porque agarrou um bebê, que estava no colo de uma mulher, dizendo ser o seu filho. Tanto seguranças do supermercado quanto curiosos e policiais acabaram se envolvendo na discussão até que Eduardo, o marido de Lurdinha, foi localizado e, ao comparecer ao local, disse que se tratava de um equívoco. Um dos policiais percebeu a situação e informou que perto da igreja havia um lugar onde atendiam pessoas com problemas mentais. Eduardo levou-a, após muita resistência, logo no dia seguinte. Tratava-se de um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), um serviço de saúde mental que atende em regime aberto, com

equipe multidisciplinar, e que dispõe de várias possibilidades de tratamento e atendimento, tais como oficinas de trabalho e arte, grupos de atividades variadas, permitindo uma integração entre os usuários do serviço, a equipe, a família e a comunidade.
Apesar da reação resistente de Lurdinha, a psicóloga que a atendeu foi muito atenciosa, ouvindo-a reclamar ou blasfemar contra a mulher que roubara seu filho. Após um bom tempo de atendimento, Lurdinha aceitou voltar no outro dia. Com o passar do tempo, ela foi gostando de ir ao Caps, passou a participar de um grupo de música e a “debater seus problemas”, como ela mesma dizia, com outras usuárias e usuários do serviço.
A equipe de profissionais que atende Lurdinha discutiu bastante a situação dela. A própria Lurdinha também participou de algumas dessas discussões, sendo sempre bastante ouvida e dando opiniões. Por fim, foi elaborado um Projeto Terapêutico Individual (PTI), de acordo com suas necessidades e possibilidades específicas.
Mesmo com todo esse trabalho, Lurdinha já entrou em crise mais duas vezes, uma delas indo parar em um pronto-socorro onde ficou dois dias internada, mas depois retornou ao Caps.

Para refletir

Vimos as situações de João Carlos e Lurdinha, que tiveram encaminhamentos bastante diferentes. Procure pensar nas possibilidades que você teria para ajudar um e outro paciente, caso trabalhasse nesses serviços.
Reflita também sobre as características desses diferentes encaminhamentos.
O que acha de cada um deles?

12.3.4 Um pouco de história

Para entender o motivo de situações institucionais tão distintas, vamos refletir sobre as características do modelo assistencial psiquiátrico e sua relação com determinadas formas de violências.

A aproximação entre instituições psiquiátricas e violência é tão antiga quanto a história da própria psiquiatria. Desde a criação da primeira instituição de natureza especificamente psiquiátrica, pelo Dr. Philippe Pinel, existe questionamento quanto às condições do internamento psiquiátrico, se são ou não violentas.

Em relação à literatura em geral, você se lembra de ter lido algum livro sobre hospitais psiquiátricos? Sobre situações de violência contra pessoas com problemas mentais? É notável como esse tema é frequente na literatura. Enquanto você pensa, vamos fazer referência aqui a algumas obras importantes às quais você deve ter tido acesso.

Lima Barreto, um dos grandes nomes da literatura brasileira, escreveu *Diário do hospício* (BARRETO, 1956c), em que relata suas próprias internações no Hospício Nacional de Alienados, na Praia Vermelha, Rio de Janeiro, no início do século XX. Suas passagens pelo hospício renderam ainda uma ficção (muito próxima da realidade de suas internações), que leva o sugestivo título de *Cemitério dos vivos* (BARRETO, 1956a). Lima Barreto nos deixou ainda *Como o homem chegou* (BARRETO, 1956b) e *O triste fim de Policarpo Quaresma* (BARRETO, 2004). Ambas as obras apresentam uma crítica contundente à psiquiatria.

Em 1892, Anton Tchekhov, clássico escritor russo, publicou *Enfermaria n. 6* (TCHEKHOV, 2005), belíssimo conto sobre um psiquiatra em um hospício.

Cançado (1979) escreveu um dos mais fortes depoimentos sobre a questão da violência em psiquiatria, também com dados de sua própria internação no Centro Psiquiátrico Nacional, localizado no Engenho de Dentro, Rio de Janeiro. Desse mesmo hospital, temos o relato da internação de

Torquato Neto (1973), músico e jornalista, um dos fundadores da Tropicália, parceiro de Edu Lobo, Gilberto Gil, Caetano Veloso, entre outros artistas.

Por fim, vamos lembrar o relato de internação de Austregésilo Carrano (1990), *Canto dos malditos*, que deu origem ao premiadíssimo filme *Bicho de sete cabeças*, dirigido por Laís Bodanski e estrelado por Rodrigo Santoro, e o conto *Eu só vim telefonar*, de Gabriel García Márquez (1992).

Três obras do campo das ciências humanas podem ser consideradas fundamentais para entender a natureza das instituições psiquiátricas e o motivo de se tornarem tão relacionadas à violência. São elas:

- *História da loucura na Idade Clássica*, do filósofo Michel Foucault (1978), e *A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo*, do sociólogo Robert Castel (1978), que analisam os momentos iniciais da criação da psiquiatria e os primeiros conceitos e estratégias dessa ciência quando ainda se dedicava ao que Pinel denominava "alienação mental" (daí a referência de Machado de Assis ao alienismo em seu conto "O alienista").
- *Manicômios, prisões e conventos*, de Erving Goffman (1974), autor comentado no começo deste capítulo, que nos permite conhecer os mecanismos institucionais adotados pelos hospitais psiquiátricos.

O alienista, de Machado de Assis (1994), merece um destaque especial por ser uma obra-prima do conto brasileiro. Simão Bacamarte, o alienista, ao retornar da Europa decide residir em Itaguaí, onde estranha a ausência de uma casa de alienados. Assim constrói o primeiro hospício da cidade, que ele decide denominar Casa Verde, onde passa a internar quase toda a

população local. O poder do alienista de sequestrar e manter em cárcere os alienados é praticamente absoluto!

No campo específico da saúde mental, é curioso que duas obras de autoria de médicos psiquiatras, que fundaram o pensamento contemporâneo da **Reforma Psiquiátrica**, tenham encontrado formas muito próximas de abordagem da questão da violência em psiquiatria.

A primeira é *Psiquiatria e antipsiquiatria*, escrita por David Cooper em 1973, que tem um capítulo precioso denominado "Violência e psiquiatria". Mas a violência da qual fala Cooper não é, como ele próprio adverte, aquela das pessoas que golpeiam as cabeças de pessoas identificadas como loucas, e sim a violência sutil, cotidiana e repressiva que a sociedade exerce sobre as pessoas "rotuladas" de loucas pela psiquiatria. Por isso, para Cooper, a violência em psiquiatria é, fundamentalmente, a violência da psiquiatria.

A segunda é *A instituição negada*, coletânea organizada por Franco Basaglia (2005) sobre a experiência desenvolvida em Gorizia, na Itália, que se tornou um marco no processo da Reforma Psiquiátrica em todo o mundo. Essa obra deu origem ao Movimento da Psiquiatria Democrática Italiana, pioneiro na luta contra a violência e a exclusão das pessoas em sofrimento mental, e à Lei n. 180, que versa sobre a Reforma Psiquiátrica italiana, também conhecida como Lei Basaglia, única legislação em todo o mundo a determinar o fechamento de todos os hospitais psiquiátricos. Nesse livro, há um capítulo intitulado "As instituições da violência", que se tornou um dos mais fortes argumentos e ferramentas para os profissionais da saúde mental questionarem e mudarem suas práticas institucionais nos hospitais psiquiátricos.

A análise de Basaglia (2005), contudo, é voltada para a violência da qual o paciente psiquiátrico é vítima em um

hospital psiquiátrico, muito embora ele associe a origem dessa violência à forma como a sociedade lida com os seus segmentos mais fragilizados.

A influência do pensamento de Foucault e Goffman é visível e explícita no trabalho de Basaglia. Para esse autor, a ciência psiquiátrica havia colocado o sujeito entre parênteses para se ocupar da doença, e, por isso, não foi capaz de ouvir os sujeitos, as demandas, as necessidades reais das pessoas em sofrimento mental.

Assim, Basaglia propôs uma inversão que transformou radicalmente o campo da saúde mental: colocar a doença mental entre parênteses para se ocupar dos sujeitos. O trabalho de Basaglia está na base da Reforma Psiquiátrica brasileira.

O hospital psiquiátrico é, certamente, o local onde mais se expressa a violência sobre as pessoas consideradas “doentes mentais”. Seja no momento da internação compulsória ou involuntária, seja pelas características asilares e segregadoras dessas instituições, seja ainda pela ausência de poder de contratualidade, de direitos e cidadania das pessoas consideradas loucas. O dito louco é alguém que, na prática, perde a visibilidade social, perde a autonomia, perde a voz.

No Brasil, existe um expressivo processo de mudança do modelo assistencial psiquiátrico. No fim da década de 1980, havia mais de 80 mil leitos psiquiátricos no Brasil. A violência era corriqueira. Pacientes espancados, mortes por subnutrição, desaparecimentos... Em uma instituição psiquiátrica no Rio de Janeiro, foi realizado um censo dos pacientes internos e constatou-se que o tempo médio de internação era de 26 anos. Existiam pacientes com mais de sessenta anos de internação. Muitos eram encaminhados a um hospício para nunca mais retornarem às suas casas. Alguns se revelaram grandes artistas, alcançando notoriedade, como Arthur Bispo do Rosário e Fernando Diniz.

Ambos passaram quase toda a vida confinados em manicômios.

Arthur Bispo do Rosário nasceu em Sergipe. Em 1939, foi internado como indigente na Colônia Juliano Moreira, um hospital psiquiátrico do Ministério da Saúde, no Rio de Janeiro, onde permaneceu até sua morte em 1989. No hospício, produziu, com objetos abandonados e restos de uniformes de internos, verdadeiras obras-primas. É considerado, por isso, um dos mais importantes artistas plásticos de toda a história e sua produção tem sido exposta nos grandes museus do mundo.

Fernando Diniz, baiano de Aratu, nasceu em 1918. Foi internado no Centro Psiquiátrico Pedro II, no Rio de Janeiro, de onde saiu apenas para o hospital no qual veio a falecer em 1999. Sua obra é considerada uma das mais importantes entre os pintores brasileiros, mas também muito destacada no âmbito internacional. Em parceria com Marcos Magalhães, produziu o curta animado *Estrela de 8 pontas*, que recebeu muitos prêmios.

Com o avanço do processo da Reforma Psiquiátrica, a realidade da assistência começou a mudar. Os hospitais começaram a ser fechados por serem lugares insalubres, **iatrogênicos**, em suma, espaços de segregação e violência. Com as Portarias n. 189/91 e n. 224/92, da SAS/MS, e depois com a n. 336/GM, de 2002, passaram a ser criados outros tipos de serviços, entre os quais hospitais-dia, oficinas terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospitais gerais e Centros de Atenção Psicossocial (Caps), como aquele em que Lurdinha foi atendida e está em tratamento.

Todas as especificações sobre esses serviços e iniciativas, com suas características, formas de implantação e funcionamento, você encontra detalhadamente na Legislação Brasileira de Saúde Mental.

Também começaram a ser criadas outras iniciativas que não são propriamente serviços, tais como as residências assistidas para pessoas que não têm família, ou que, por motivos variados, não podem residir com as mesmas; cooperativas sociais de trabalho para geração de rendas a pessoas em sofrimento mental, na medida em que, muitas vezes, não podem concorrer em condições de igualdade no mercado de trabalho. As residências foram criadas e regulamentadas pelas Portarias GM/MS n. 106/00 (BRASIL, 2000a) e n. 1.220/00 (BRASIL, 2000b), do Ministério da Saúde; já as cooperativas sociais, pela Lei n. 9.867/99 (BRASIL, 1999).

Quando nos referimos à concepção de Reforma Psiquiátrica como processo social complexo, dissemos que não se tratava apenas de reforma de serviços. E assim tem sido, pois várias iniciativas culturais, de trabalhos de cunho social e artístico estão sendo realizadas. Tais iniciativas têm por objetivo favorecer a inclusão social das pessoas em sofrimento psíquico na comunidade. Bandas de música, corais, grupos de teatro, times de futebol são algumas delas.

Todas as especificações sobre esses serviços e iniciativas, com suas características, formas de implantação e funcionamento, você encontra detalhadamente na Legislação Brasileira de Saúde Mental.

Em 2001, foi aprovada a Lei da Reforma Psiquiátrica Brasileira, Lei n. 10.216/2001, que regulamentou as internações e estabeleceu os direitos das pessoas com transtorno mental, expressão adotada oficialmente pela psiquiatria e pelas normas legais.

A Lei n.10.216/2001 (BRASIL, 2001) regulamentou as internações psiquiátricas em voluntárias, involuntárias e compulsórias. Para os profissionais que atuam ou vierem a atuar em uma instituição de internação psiquiátrica, é preciso ter em mente que a internação, qualquer que seja sua modalidade, representa uma violência ao paciente, pois o afasta de sua família e o deixa desprovido de autonomia e visibilidade social. Observe as histórias de João Carlos e Lurdinha, e veja como são distintos os resultados.

A Lei n.10.216/2001 também está disponível no site: www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm

O artigo 2º da Lei n.10.216/01 explicita alguns direitos do paciente, independentemente do tipo de instituição, que devem ser observados pelo profissional da saúde. Observe:

> Nos atendimentos em saúde mental, de qualquer natureza, a pessoa e seus familiares ou responsáveis serão formalmente cientificados dos direitos enumerados no parágrafo único deste artigo.
>
> Parágrafo único. São direitos da pessoa portadora de transtorno mental:
>
> I – ter acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades;
>
> II – ser tratada com humanidade e respeito e no interesse exclusivo de beneficiar sua saúde, visando alcançar sua recuperação pela inserção na família, no trabalho e na comunidade;
>
> III – ser protegida contra qualquer forma de abuso e exploração;
>
> IV – ter garantia de sigilo nas informações prestadas;
>
> V – ter direito à presença médica, em qualquer tempo, para esclarecer a necessidade ou não de sua hospitalização involuntária;
>
> VI – ter livre acesso aos meios de comunicação disponíveis;
>
> VII – receber o maior número de informações a respeito de sua doença e de seu tratamento;
>
> VII – ser tratada em ambiente terapêutico pelos meios menos invasivos possíveis;
>
> IX – ser tratada, preferencialmente, em serviços comunitários de saúde mental (BRASIL, 2001).

12.4 Atendendo pacientes com sofrimento psíquico

É fundamental que o profissional da saúde, ao lidar com algum tipo de paciente em sofrimento psíquico, tenha em mente que a maior parte das concepções que se tem sobre tais pacientes mostra meros estigmas ou preconceitos; o principal é considerar que “o doente mental é perigoso”. Na verdade, na maioria das vezes, ele é vítima de violências.

A escuta, o acolhimento, a atenção e a orientação da família, a solidariedade e a compreensão das dificuldades do paciente são fundamentais. O paciente deve ser ouvido com credibilidade para que possamos compreender o que ele, mesmo que com alguma dificuldade, quer dizer. Precisamos sempre lembrar que o paciente psiquiátrico, assim como sua

família, precisa de acolhimento, isto é, precisa sentir que está sendo atendido e que sua demanda está sendo efetivamente encaminhada para uma solução, ainda que esta não seja imediata e definitiva.

A família, onde geralmente encontramos os cuidadores, sofre o que se denomina de "sobrecarga"; por isso deve ser ouvida e acolhida também, além de ser estimulada com frequência a participar das discussões do caso, das propostas de encaminhamentos e superação das dificuldades.

Para refletir

Você tem ou teve conhecimento de histórias como essas, de pacientes psiquiátricos? Procure descrevê-las. Conhece ou conheceu algum serviço psiquiátrico, de saúde mental, ou de atenção psicossocial? Como é esse serviço? Você poderia descrevê-lo também?
Que aspectos desse serviço você considera que poderiam expressar alguma forma de violência ao paciente?

12.5 Referências

ALTOÉ, S. *De "menor" a presidiário*: a trajetória inevitável. Rio de Janeiro: Santa Úrsula, 1993.

ALTOÉ, S. *Infâncias perdidas*: o cotidiano nos internatos prisão. Rio de Janeiro: Xenon, 1990. ASSIS, J. M. Machado de. *O alienista*. São Paulo: FTD, 1994.

ASSIS, S. G.; FARIAS, L. O. P. *National survey of children and adolescents in fostercare*. São Paulo: Hucitec, 2013.

BARRETO, A. H. Lima. *O cemitério dos vivos*. São Paulo: Brasiliense, 1956a.

BARRETO, A. H. Lima. Como o homem chegou. *In*: BARRETO, A. H. Lima. *Clara dos Anjos*. São Paulo: Brasiliense, 1956b. p.

280.

BARRETO, A. H. Lima. *Diário do hospício*. São Paulo: Brasiliense, 1956c.

BARRETO, A. H. Lima. *Triste fim de Policarpo Quaresma*. São Paulo: Moderna, 2004.

BASAGLIA, F. A instituição da violência. *In*: AMARANTE, P. (org.). *Escritos selecionados em saúde mental e reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Garamond, 2005. p. 91-131.

BASAGLIA, F. *A instituição negada*. Rio de Janeiro: Graal, 1991.

BENTES, A. L. *Tudo como dantes no quartel de Abrantes*: estudos das internações psiquiátricas de crianças e adolescentes através de encaminhamento judicial. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1999.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei n. 9.867, de 10 de novembro de 1999. Dispõe sobre a criação e o funcionamento de cooperativas sociais, visando à integração social dos cidadãos, conforme específica. *Diário Oficial da União* seção 1, Brasília, DF, 11 nov. 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto do idoso*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. (Série E. Legislação em saúde).

BRASIL. Ministério da Justiça e Segurança Pública. Departamento Penitenciário Nacional. *Levantamento nacional de informações penitenciárias*, 2016. Brasília, DF: Departamento Penitenciário Nacional, 2017.

BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. *Levantamento anual dos/as adolescentes em*

cumprimento de medida socioeducativa: 2018. Brasília, DF: SDH, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 106, de 11 de fevereiro de 2000. Cria os Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para atendimento ao portador de transtornos mentais. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 49, 14 fev. 2000a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 336, de 19 de fevereiro de 2002. Estabelece que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, II, III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta portaria. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 22, 20 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.220, de 7 de novembro de 2000. Inclui na tabela de Atividade Profissional do SIA/SUS o código 47 – Cuidados em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 16, 8 nov. 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 189, de 19 de novembro de 1991. Aprova os grupos e procedimentos da tabela do SIH-SUS, na área de Saúde Mental e da outras providencias. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 28495, 11 dez. 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Portaria n. 224, de 29 de janeiro de 1992. Estabelece diretrizes e normas para o atendimento ambulatorial (sistema de informações ambulatoriais do SUS), núcleos/centros de atenção psicossocial, normas para o atendimento hospitalar (sistema de informações

hospitalares do SUS). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 1168, 30 jan. 1992.

CANÇADO, M. L. *O hospício é Deus*: diário. Rio de Janeiro: Record, 1979.

CARNEIRO, S. Mulheres negras, violência e pobreza. *In*: BRASIL. Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres. *Programa de prevenção, assistência e combate à violência contra a mulher*: plano nacional: diálogos sobre violência doméstica e de gênero: construindo políticas públicas. Brasília, DF: Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, 2003.

CARRANO, A. *Canto dos malditos*. Curitiba: Ed. da UFPR, 1990.

CARRARA, S. L. *Crime e loucura*: o aparecimento do Manicômio Judiciário na Passagem do Século. Rio de Janeiro: EDUERJ/EDUSP, 1998.

CASTEL, R. *A idade de ouro do alienismo*: a ordem psiquiátrica. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1978. COOPER, D. *Psiquiatria e antipsiquiatria*. São Paulo: Perspectiva, 1973.

FERREIRA, A. B. H. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FIRMINO, H. *Nos porões da loucura*. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOUCAULT, M. *História da loucura na idade clássica*. São Paulo: Perspectiva, 1978. FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. Petrópolis: Vozes, 1987.

GARCÍA MÁRQUEZ, G. Eu só vim telefonar. *In*: GARCÍA MÁRQUEZ, G. *Doze contos peregrinos*. Rio de Janeiro: Record, 1992.

GOFFMAN, E. *Estigma*: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.

GOFFMAN, E. *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva, 1974.

IBGE. *Censo demográfico 2000*: características gerais da população: : resultados da amostra. Rio de Janeiro: IBGE, 2000. Disponível em: https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/83/cd_2000_caracteristicas_populacao_amostra.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020.

LIMA, L. A. *O estigma do abandono*: estudo epidemiológico de uma população de crianças e adolescentes internados na Colônia Juliano Moreira vindos diretamente da Funabem. 1993. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1993.

MINAYO, M. C. S. *Violência contra idosos*: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria. Brasília: Secretaria dos Direitos Humanos, 2004.

RIZZINI, I.; IRMA, R. *A institucionalização de crianças no Brasil*: percurso histórico e desafios de presente. São Paulo: Loyola, 2004.

SOARES, B.; ILGENFRITZ, I. *Prisioneiras, vida e violência atrás das grades*. Rio de Janeiro: Garamond, 2002.

TCHEKHOV, A. *Enfermaria n. 6*. São Paulo: Veredas, 2005.

TORQUATO NETO. D'Engenho de Dentro. *In*: TORQUATO NETO. *Os últimos dias de paupéria*. Rio de Janeiro: Eldorado, 1973. p. 57-76.

VASCONCELOS, E. M. *Reinventando a vida*: narrativas de recuperação e convivência com o transtorno mental. Rio de Janeiro: Encantarte, 2005.

VICENTIN, M. C. G. A questão da responsabilidade penal juvenil: notas para uma perspectiva ético-política. *In*: JUSTIÇA, adolescente e ato infracional: socioeducação e responsabilização. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos; São Paulo: ABMP; ILANUD, 2006.

13. O uso de drogas e violência

Miriam Schenker, Patricia Constantino, Simone Gonçalves de Assis

Este capítulo aborda as complexas relações entre usuários de substâncias e violências. Inicialmente há uma apresentação do tema sob uma perspectiva “ecológica”, com destaque para a influência familiar, em compasso com a proveniente do grupo de pares e do meio social. Destaca os fatores de risco e de proteção do jovem que consome drogas, considerando o sério problema social hoje vivenciado nos serviços de saúde e na sociedade em geral.

O modelo ecológico ajuda a compreender a natureza multifacetada da violência. Explora a relação entre fatores individuais e contextuais e considera a violência resultado de vários níveis de influência sobre o comportamento do indivíduo. Nessa perspectiva, leva em conta o nível individual, relacional, comunitário e societário (KRUG *et al.*, 2002).

Os termos “uso de substâncias” e “uso de drogas”, como referidos ao longo deste capítulo, são utilizados como sinônimos para consumo de álcool e drogas legais ou ilegais, entendidas como substâncias psicoativas que alteram o funcionamento do sistema nervoso central do indivíduo, quer deprimindo-o, estimulando-o ou perturbando-o. Entre as drogas legais, estão álcool, tabaco e remédios (tranquilizantes, ansiolíticos, calmantes ou antidistônicos) para emagrecer ou ficar acordado, sedativos ou barbitúricos. As drogas ilegais mais comuns em nosso meio são a maconha e a cocaína, com seus derivados.

Algumas informações sobre o usuário que se insere no mercado ilegal de drogas e o surgimento de novas relações de violência são também abordadas em função da perplexidade que causam à sociedade e aos serviços de saúde. O ponto de vista que se toma é o do profissional que está no serviço de saúde e sua possibilidade de atendimento. Por essa razão, são sinalizadas algumas perspectivas de atendimento que o profissional da saúde pode alçar na sua rede de atenção.

Casos clínicos, textos para estimular a reflexão sobre os casos, indicação de leitura suplementar e alguns vídeos são apresentados ao longo do capítulo.

Para saber mais sobre o tema, leia:

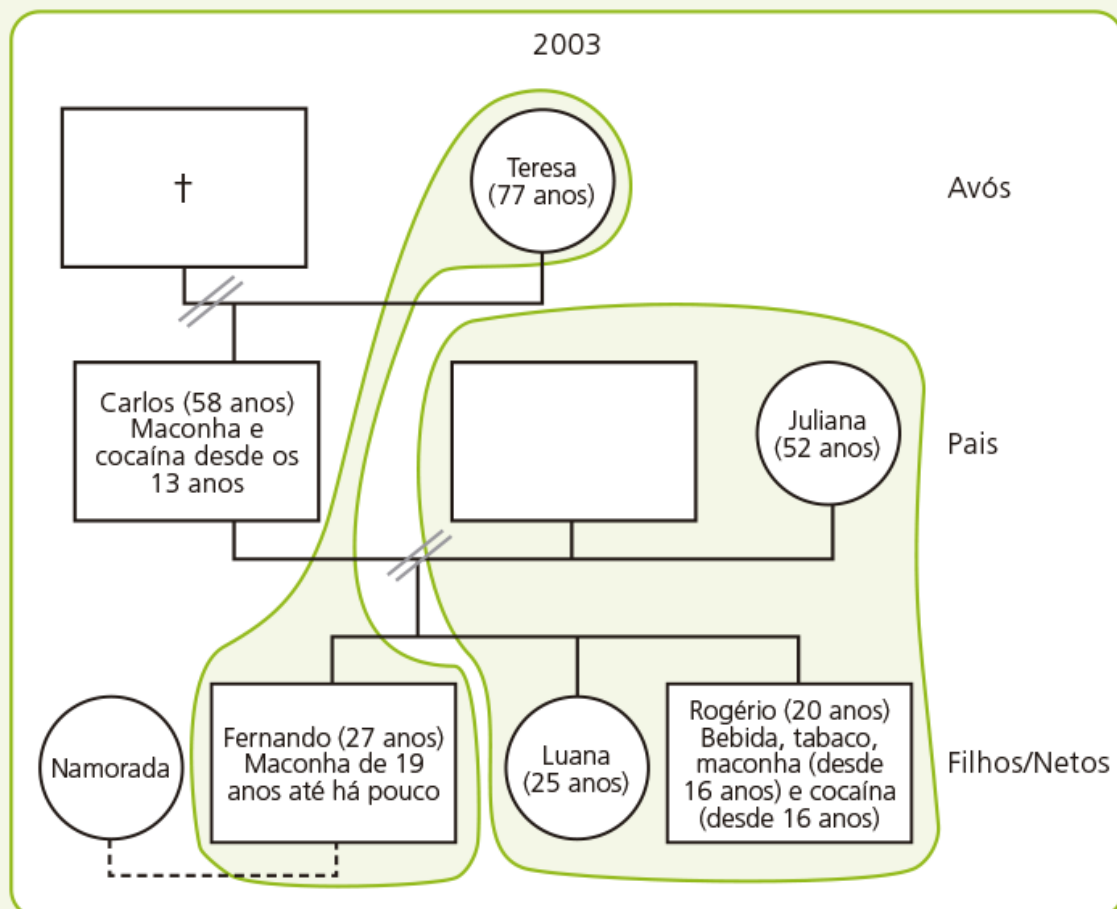
- *A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência*, de Maria Cecília de Souza Minayo e Suely Ferreira Deslandes (1998).

- *Fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência*, de Miriam Schenker e Maria Cecília de Souza Minayo (2005).

Para refletir

Será que consumir substâncias como álcool e drogas está associado à prática de violência? Será que esse consumo é um fator que, junto com outros, facilita a violência?

Caso Conhecendo a família e as repercussões do uso de drogas de seus membros

Para uma melhor visualização da família descrita, veja o genograma a seguir:

Dona Teresa, 77 anos, é mãe de Carlos, seu único filho, que tem 58 anos. Quando Carlos era bem pequeno, dona Teresa se separou do marido, que faleceu ainda moço. Carlos foi casado com Juliana, 52 anos, com quem teve três filhos – Fernando, 27 anos; Luana, 25 anos; e Rogério, 20 anos –, mas o casal se separou há anos. Juliana casou-se novamente, mas não tem filhos dessa relação. Já Carlos mora só e não constituiu outra família. Dona Teresa vive com Fernando, o neto mais velho. Juliana vive com os filhos Luana e Rogério, juntamente com o segundo marido.

Carlos consumiu drogas durante a maior parte de sua vida: começou com a maconha, aos 13 anos, e mais tarde, já perto dos 40 anos, viciou-se também em cocaína. E fez uso dessa droga junto com o filho caçula, até recentemente. Rogério, que também bebe e fuma cigarros, é usuário de maconha e cocaína desde os 16 anos, sendo que, no momento, as consome quase que diariamente, dependendo do dinheiro que tem. Fernando começou com a maconha aos 19 anos, consumindo-a durante três anos. Parou há meses, quando começou a namorar.

Carlos esteve afastado dos filhos durante anos por causa do seu consumo de drogas. Por ter compartilhado principalmente a cocaína com Rogério, culpa-se pelo que está ocorrendo com seu filho. Atribui a si todo o mal que se abateu sobre a família. No entanto, não questiona o uso de drogas por Fernando, o filho mais velho.

Dona Teresa sempre soube do uso de drogas por seu filho e da irresponsabilidade dele para com a família. Suas preocupações de que nada faltasse sempre foram tantas que pagava o aluguel da casa do filho, sem que a nora soubesse. Objetivamente, de forma inconsciente, dona Teresa contribuiu para acobertar a

irresponsabilidade do filho, invadindo a relação de casamento de Juliana e Carlos.
Juliana, por sua vez, sabia que o marido usava drogas e acabou por formar um “casamento” com a sogra: a mãe tomava conta dos filhos, e a sogra pagava as contas. Até o momento em que Juliana “jogou a toalha” e saiu de casa, deixando seus três filhos para trás, para a sogra cuidar, durante um tempo.
Com o intenso uso de drogas pelo caçula, Juliana vem se desdobrando nos cuidados a ele. Fernando e Luana sentem falta dela e consideram que a mãe expressa mais afeto pelo filho “problemático” e menos para eles, gerando ciúmes entre os irmãos. Carlos, de volta ao convívio familiar, dedica afeto e se preocupa com Rogério. Assim, Fernando e Luana sentem-se duplamente privados: falta-lhes atenção da mãe e do pai.
Ainda hoje dona Teresa não considera seu filho Carlos responsável e independente, porque, apesar de morar sozinho, “está sempre precisando de alguma coisa” (de sua mãe). Julga os netos mais velhos responsáveis em algumas situações, mas irresponsáveis em outras. Fernando cuida de si, mas não auxilia a avó financeiramente e nem nas tarefas domésticas. Mesmo assim, dona Teresa confessa o quanto é difícil sair sem deixar a comida pronta para o neto. Já a neta, que trabalha, está sempre precisando de “um real” para a passagem.
Juliana acha que Fernando sofre a influência da criação da avó até hoje, por demonstrar insegurança e ser dependente da opinião dos outros para tomar atitudes. No entanto, julga-o responsável, porque trabalha e cumpre os seus compromissos. Já Luana é o oposto do irmão: independente, cuida de suas coisas. Porém, a mãe diz que ela é irresponsável financeiramente, porque gasta mais do que ganha. Rogério sabe se

alimentar, cuidar de si, mas o uso de drogas torna-o dependente emocional e financeiramente.
Fernando se lembra de que aos 14 anos, em pleno início da adolescência, faltou-lhe a figura de autoridade, concordando com a irmã que, à época da separação, os irmãos ficaram “perdidos”, uma vez que a mãe, até então, fora duplamente figura de autoridade.
Fernando e Rogério tiveram como referência masculina o pai. Fernando, sentindo-se “perdido”, começa a usar maconha, justo na época que em que seu foco de atenção precisaria se dirigir para a sua vida profissional, momento que configura o primeiro grande passo para a vida adulta. Rogério inicia o consumo prejudicial de drogas aos 16 anos, com maconha e cocaína, provavelmente influenciado por Carlos. Hoje, sua formação escolar marca passo no ensino médio na altura de seus 20 anos. Sonha com a carreira militar, mas está enredado com as drogas. Constrói suas próprias regras de uso dentro de casa e se afasta da lei e da ordem militar que internamente almeja.

Educação **ativa** pressupõe **ação**: colocação, pelos pais (ou qualquer adulto que esteja nesse papel social) de valores, limites, normas, regras, e sua explicação para os filhos, com posterior legitimação de sua compreensão por eles. Já o ensino **passivo** se dá pelo exemplo, propiciando a observação, pelo filho, do comportamento dos pais (ou qualquer adulto que esteja nesse papel social). Educar tem essas duas facetas: o modelo e a ação; o **passivo** e o **ativo**.

Para refletir

Pense no processo de autonomia dos indivíduos dessa família ao longo das três gerações. Comente sobre a

presença e a ausência do pai e sobre a repercussão disso na família.
Do seu ponto de vista, a que serve o uso prejudicial de drogas nessa família?
E para cada familiar que faz uso prejudicial de drogas?

13.1 Texto para reflexão sobre o caso Conhecendo a família e as repercussões do uso de drogas de seus membros

A adolescência é uma fase do ciclo vital que se constitui por uma labilidade emocional decorrente de instabilidades no processo de transição entre o desejo de ainda querer ser "criança" – pouco cobrada nas suas responsabilidades, protegida pelos adultos – e o "adulto jovem" que se desprende paulatinamente da casa dos pais e se lança para o mundo dos pares.

Devido à variabilidade e à diversidade dos parâmetros biológicos e psicossociais que ocorrem nessa fase, o critério "idade cronológica" não é considerado descritivo da adolescência. Isso significa que pessoas com 25, 30 anos ou mais podem ainda demonstrar comportamentos francamente adolescentes, conforme depreendemos da conduta de Carlos.

De uma forma geral, os adultos pertencentes a uma família que contenha um usuário de drogas na geração dos filhos ou netos fazem uso continuado de algum entorpecente: o álcool é o mais utilizado pela linhagem masculina, e os tranquilizantes, pela feminina.

Numa perspectiva do desenvolvimento, vemos que crianças que vivem nas ruas também usam drogas – sendo a cola a principal delas –, por motivos que variam desde a fome até a socialização com os pares.

No outro extremo do ciclo vital, os idosos podem consumir remédios de modo prejudicial como uma forma de lidar com as agruras, que incluem o desamparo, a solidão e a aproximação inexorável da morte.

Este capítulo trata primordialmente da adolescência, porque é geralmente nessa fase que se inicia o uso de drogas, podendo se constituir em mais um tipo de experiência na vida do adolescente ou se tornar o início de um caminho sofrido rumo à dependência.

Para refletir

Que fatores de risco e de proteção se relacionam com o caso descrito?

O texto a seguir poderá subsidiá-lo nessa análise.

13.2 Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas

O uso de drogas é uma experiência iniciada, na maioria dos casos, durante a adolescência. Nela, o adolescente geralmente busca uma série de fatores: desde o prazer, passando por novas sensações, compartilhamento grupal, diferenciação e autonomia, até a independência de sua família.

Essa experiência geralmente acontece em grupo, ou com um amigo. Os adolescentes, muitas vezes, não têm noção dos “perigos” que rondam a busca dos resultados almejados. O lado negativo do prazer é o **risco** de se tornar adicto, dependente das drogas, comprometendo a sua trajetória de vida.

A dependência às drogas é mediada pela interdependência de fatores de risco individuais, familiares e sociais. A necessidade de se olhar os dois lados, o do desejo

e o do dano, no caso do uso de drogas, leva a considerar alguns aspectos, que citamos a seguir:

Mais detalhes sobre esses fatores de risco e proteção você pode ler no artigo *Fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência*, de Miriam Schenker e Maria Cecília Souza Minayo (2005).

1. **Efeitos cumulativos** das substâncias tóxicas e sua relação com a vulnerabilidade do indivíduo. O perigo difere de acordo com os indivíduos e seu contexto. Os usuários de drogas, em certo estágio e frequência de consumo, não necessariamente irão usar de forma indiscriminada qualquer substância psicoativa, nos dizem alguns estudos. Essa constatação vai contra a ideia de que haveria uma sequência na gravidade do risco, indo do envolvimento sucessivo com substâncias mais leves para uma escalada rumo às mais nocivas.
2. Olhando os aspectos da **individualidade**, é preciso ressaltar que os adolescentes não são um recipiente passivo ou um objeto controlado por influências familiares ou sociais, tampouco por determinações externas. São participantes ativos do processo de formação de vínculos e de transmissão de normas. Os adolescentes que têm objetivos definidos e investem no futuro apresentam probabilidade menor de usar drogas, porque o uso interfere em seus planos. Igualmente, a elevada autoestima, os sentimentos de valor, orgulho, habilidade, respeito e satisfação com a vida podem servir de proteção contra a dependência de drogas pelos

jovens, quando combinados com outros fatores protetores do seu contexto de vida. Sendo assim, conclui-se que crianças e adolescentes que vivem em ambientes familiares ou em comunidades onde há uso prejudicial de drogas e conseguem não se deixar influenciar por esse contexto, apresentam características individuais protetoras conjugadas ao convívio com outros adultos cuidadores escolhidos por eles, fora do ambiente familiar. São pessoas resilientes. Os programas de prevenção devem levar em conta a importância das atividades de mentores e de outros programas de desenvolvimento da juventude.

Proteger é uma noção que significa, sobretudo, oferecer condições de crescimento e de desenvolvimento, de amparo e de fortalecimento da pessoa em formação. No Brasil, a doutrina da “proteção integral” se encontra no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que a resume definindo esse grupo social como:

- cidadão;
- sujeito de direitos;
- capaz de protagonismo;
- merecedor de prioridade de atenção;
- de cuidados.

No Capítulo 4, da parte I, abordamos esse tema. Lembre-se de que o conceito de resiliência já foi tratado naquele capítulo e, também, no Capítulo 11 desta parte II.

3. A atitude positiva da **família** com relação ao uso de drogas reforça a iniciação dos jovens, ou acoberta o uso por parte dos adultos. O consumo de drogas pelos pais está relacionado ao maior risco de os filhos se tornarem

usuários, pois seu comportamento é um modelo para os meninos. Mas é importante ressaltar que é a atitude permissiva dos genitores quanto ao uso de drogas pelos filhos o que mais pesa nessa equação.
Estudos vêm mostrando que são inúmeros os fatores parentais de risco para o uso de drogas pelos filhos. Eles incluem, de forma combinada:

- ausência de investimento nos vínculos que unem pais e filhos;
- envolvimento materno insuficiente com os filhos;
- práticas disciplinares inconsistentes ou coercitivas;
- excessiva permissividade, dificuldades de estabelecer limites às condutas infantis e juvenis, e tendência à superproteção;
- educação autoritária associada a pouco zelo e pouca afetividade nas relações entre pais e filhos;
- observação e supervisão deficientes às atitudes dos filhos;
- aprovação pelos pais quanto ao uso de drogas;
- expectativas incertas dos pais com relação à idade apropriada de certas atitudes dos filhos;
- conflitos familiares sem desfecho de negociação.

O **âmbito familiar** tem um efeito potencialmente forte e durável para o ajustamento, desde a infância. O vínculo e a interação familiar saudáveis servem de base para o desenvolvimento pleno das potencialidades das crianças e dos adolescentes.
Inúmeros estudos mostram que os padrões de relação familiar, a atitude e as condutas dos pais e irmãos são modelos importantes para os adolescentes, como no caso do uso de drogas. Já se descobriu que uma interação familiar gratificante é um forte fator protetor, mesmo no caso dos pais adictos, quando esses são capazes de prover um contexto amoroso, afetuoso e de cuidado.

No âmbito da família, estudos evidenciam fatores que protegem o adolescente do uso de drogas:

- a relevância dos vínculos familiares fortes;
- o apoio da família ao processo de aquisição da autonomia pelo adolescente;
- a proximidade dos pais durante os diversos processos de crescimento e desenvolvimento dos filhos;
- o estabelecimento de normas claras para as condutas sociais, incluindo-se o uso de drogas.

4. O **envolvimento grupal** tem sido visto como um dos maiores prenúncios para o uso de drogas. No entanto, essa relação também precisa ser qualificada. Ela é um fator de risco quando os amigos, considerados “modelos”, mostram tolerância, aprovação ou consomem drogas, semelhantemente ao que ocorre com a atitude permissiva dos pais. Observam os estudiosos que há uma sintonia, no caso dos pares. Os adolescentes que querem começar ou aumentar o uso de drogas procuram colegas com valores e hábitos semelhantes. O mito que supervaloriza a influência dos amigos durante a adolescência provavelmente decorre, em algum nível, de certa desresponsabilização, sobretudo por parte dos pais e dos educadores, de problemas frequentes que ocorrem nas relações familiares ou institucionais. Raramente os estudos sobre drogas realçam as amizades entre os jovens como protetoras, uma vez que, em geral, todas as intervenções se voltam para a superação das influências negativas das amizades, e não para o estabelecimento ou a manutenção de influências positivas dos amigos. No entanto, sabe-se que grupos de amigos com objetivos e expectativas de realização na vida e movimentos que levam ao protagonismo juvenil e à solidariedade têm papel fundamental numa etapa existencial em que as influências dos amigos são cruciais.

5. O **papel da escola** pode ser duplo: como agente transformador ou como lugar que propicia o ambiente que exacerba as condições para o uso de drogas. Ninguém desconhece que a escola é hoje alvo do assédio de traficantes e repassadores de substâncias psicoativas, prevendo-se o aliciamento por pares. No entanto, mesmo nas escolas, existem fatores específicos que predispõem os adolescentes ao uso de drogas, como por exemplo:
    - falta de motivação para os estudos;
    - falta de assiduidade e o mau desempenho escolar;
    - insuficiência no aproveitamento e falta de compromisso com o sentido da educação;
    - intensa vontade de ser independente combinada com o pouco interesse de investir na realização pessoal;
    - busca de novidade a qualquer preço e baixa oposição a situações perigosas;
    - rebeldia constante associada à dependência a recompensas;
    - exposição dos jovens à influência dos pares e à violência intra e extramuros da escola;
    - carência de um projeto político-pedagógico que atue de forma preventiva no processo.

    Entretanto, a escola é um poderoso agente de socialização da criança e do adolescente. Por juntar em seu interior a comunidade de pares e por ter em suas mãos fortes instrumentos de promoção da autoestima e do autodesenvolvimento, o ambiente escolar pode ser um fator fundamental na potencialização de resiliência dos adolescentes.
6. A disponibilidade e a presença de drogas na **comunidade de convivência** têm sido vistas como facilitadoras do uso de drogas por adolescentes, uma vez que o excesso de oferta naturaliza o acesso. Quando a facilidade da oferta se junta à desorganização social e

aos outros elementos predisponentes no âmbito familiar e institucional, ocorre uma sintonia de fatores.

7. No que concerne aos **fatores estressantes da vida** – como morte, doenças ou acidentes entre membros da família e amigos, mudanças de escola ou de residência, separação, divórcio ou novos casamentos dos pais, problemas financeiros na família –, muitos estudos mostram que eles podem influenciar o uso prejudicial de drogas quando associados a outros fatores predisponentes, incluindo-se disposições individuais. No entanto, conforme as circunstâncias individuais e ambientais, esses mesmos fatores permitem a elaboração e o crescimento interior dos jovens, constituindo-se em elementos de fortalecimento e de amadurecimento.
8. Outra tendência muito comum quando se fala de drogas é a absolutização do papel mídia como fator de risco. É certo que, sobretudo no caso das drogas lícitas, os meios de comunicação geralmente mostram imagens muito favoráveis. O uso do álcool e do tabaco costuma vir associado, por meio da publicidade, a imagens de artistas, ao glamour da sociabilidade e à sexualidade. Frequentemente, os anúncios glorificam essas drogas, retratando-as como mediadoras de fama e sucesso. Mas não se pode, teoricamente, demonizar a mídia por refletir e refratar a cultura vigente. Nenhuma propaganda por si só atinge efeito demoníaco de persuasão, quando fatores protetores atuam em direção contrária. O desenvolvimento de um espírito crítico e reflexivo na família, na escola e com os amigos serve de base para uma atitude criteriosa do adolescente quanto às mensagens relativas às drogas lícitas, veiculadas pelos meios de comunicação.

Os diversos elementos aqui tratados, relativos aos fatores de risco e de proteção, levam a concluir que não se pode

pensar esses fatores de forma isolada, independente e fragmentada. Por exemplo, já sabemos que um fator de risco raramente é específico de um distúrbio único. E a exposição ao perigo que potencializa os riscos ocorre de diversas formas e em vários contextos. Mesmo a mais elevada carga genética é menos provável de se constituir em alto fator de risco numa sociedade onde a exposição ao álcool seja severamente restrita, dizem os estudiosos.

Quanto aos fatores protetores, o desenvolvimento de estudos recentes tende a enfatizar o processo de formação da resiliência, num progressivo abandono das abordagens centradas nos fatores de risco. Busca-se dar ênfase aos elementos positivos que levam um indivíduo a superar as adversidades. Essa nova forma de ver é certamente otimista, principalmente porque leva a acreditar que é possível, por meio de ações e programas, promover o bem-estar do adolescente, atuando no fortalecimento e no desenvolvimento de habilidades pessoais e sociais.

Você se lembra de que falamos sobre esse tema no Capítulo 4 da parte I? E também no Capítulo 11 desta parte?

Por tudo isso, é preciso refletir sobre a inocuidade, do ponto de vista protetor, do *slogan* que se repete por toda parte: “diga não às drogas”. A falta de adesão dos jovens torna evidente a falha em reconhecer a inadequação das propostas moralistas e autoritárias que não se fundam na visão complexa dos fatores de risco e de proteção analisados. É preciso não esquecer que as drogas cumprem funções importantes para os adolescentes, tanto do ponto de vista pessoal quanto social.

Pesquisas mostram que os comportamentos de enfretamento de risco são funcionais, intencionais, instrumentais e dirigidos para o desenvolvimento normal do

adolescente. Fumar, beber, dirigir perigosamente ou exercer atividade sexual precocemente podem ser atitudes tomadas pelo jovem visando ser aceito e respeitado pelos pares; conseguir autonomia em relação aos pais; repudiar normas e valores da autoridade convencional; lidar com ansiedade, frustração e antecipação do fracasso; afirmar-se rumo à maturidade e à transição da infância para um *status* mais adulto.

Não há nada de perverso, irracional ou psicopatológico nesses objetivos: eles são característicos do desenvolvimento psicossocial. A campanha “diga não às drogas”, por não oferecer alternativas à promoção de comportamentos saudáveis, revela-se moralmente cínica e teoricamente contraditória, na medida em que omite as normas sociais que favorecem o uso de drogas.

Para refletir

A partir das informações descritas no texto, quais aspectos deveriam ser ressaltados, numa campanha de esclarecimento sobre o uso indevido ou abusivo de drogas?

A discussão da complexidade da relação entre drogas e violência deverá incluir:

1. a diferença entre dependência e uso recreacional e ocasional;
2. o erro de apontar o usuário como um dependente em potencial;
3. as diferenças entre os vários tipos de drogas e os danos que provocam;
4. o entendimento do uso de drogas como um fenômeno histórico-cultural com implicações médicas, religiosas, políticas e econômicas;

5. a distinção entre drogas legais e ilegais e o aparecimento de substâncias sintéticas (MINAYO; DESLANDES, 1998).

13.3 Reflexões sobre o uso abusivo de drogas e a violência

1. Não é possível saber se as pessoas em estado de abstinência não cometeriam as mesmas transgressões que as pessoas que abusam de drogas.
2. Não há como discernir entre o uso de drogas como um fator que, associado a outros, desencadeia comportamentos violentos, e o uso de drogas como fator causador por si só, porque apenas o que se pode inferir é a alta proporção de atos violentos quando o álcool ou outras drogas estão presentes entre os agressores e vítimas, ou em ambas as partes.
3. Essas drogas podem ser causa, resposta, ou mediadoras de uma série de condutas sociais violentas. Por exemplo: os usuários dependentes, uma vez sob condições sociais de estigmatização, podem desenvolver comportamentos mais agressivos.
4. Outro ponto a considerar é que a variabilidade dos efeitos provocados por cada tipo de droga sugere a contribuição de fatores socioculturais e de personalidade. Por exemplo: alguns casais, com o mesmo padrão de uso de drogas, são mais violentos que outros, assim como pessoas com o mesmo grau de intoxicação têm respostas emocionais diferentes.

Essas complexidades sugerem que a violência interpessoal que ocorre sob o efeito de drogas deve ser contextualizada, uma vez que ocorre em locais específicos, com regras e normas específicas de determinados grupos e diante de

expectativas que alimentam e são alimentadas nesses grupos.

Para encontrar nexo causal entre determinadas drogas e violência, seria necessário saber se os comportamentos e as atitudes violentas ocorreriam, ou não, no interior desses segmentos, caso as drogas não estivessem presentes. As evidências empíricas sugerem que as drogas lícitas e ilícitas desempenham um papel importante nos contextos em que são usadas, porém a sua importância fica em grande medida dependente de fatores individuais, sociais e culturais.

13.4 Características e efeitos das drogas legais e ilegais

As drogas legais e ilegais, por serem substâncias psicoativas, afetam o estado mental da pessoa. São classificadas em três grupos – depressoras, estimulantes ou perturbadoras –, segundo os seus **efeitos no Sistema Nervoso Central** (SNC). Importante ressaltar que a maioria delas tem uso medicinal, tornando-se tóxicas quando consumidas de forma indevida ou abusiva.

As **substâncias depressora** promovem relaxamento, sonolência ou moleza; portanto, diminuem, retardam ou reduzem (“deprimem”) o funcionamento mental. Nesse estado, a pessoa fica sedada, grogue, dopada ou chapada. São elas: álcool; barbitúricos (sedativos); benzodiazepínicos (tranquilizantes, calmantes, ansiolíticos); inalantes ou solventes (lança-perfume, cheirinho da loló); remédios à base de codeína (xaropes, analgésicos); morfina (os dois últimos derivados do ópio). Opiácios ilegais como o ópio e a heroína ainda são pouco presentes no Brasil.

As **substâncias estimulantes** promovem um estado de alerta, insônia e aceleração dos processos psíquicos. O usuário sente-se bem disposto e capaz de quase tudo; fica “ligado”, “aceso”, “elétrico”. São elas: cafeína (café, chá,

certos refrigerantes); nicotina (cigarro); drogas de uso controlado, como as anfetaminas (moderadores de apetite conhecidos como bolinhas, rebite, *ice*, bola), ou ilegais, como o *ecstasy*; drogas ilegais extraídas da folha de coca, como a cocaína (pó, neve, “brizola”, branquinha, *bright* ou pico) e seus subprodutos: o *crack*, a merla.

As **substâncias perturbadoras do SNC** são os produtos “psicodélicos” ou alucinógenos, propiciadores das chamadas “viagens”, como os delírios e as alucinações. As drogas ilegais são: maconha (fumo, baseado, bagulho), que é um alucinógeno vegetal; LSD (ácido lisérgico); diversos tipos de cogumelos; a *ayahuasca*, entre outros.

Para refletir

Qual a sua visão sobre a relação não linear (causa e efeito) entre violência e consumo de drogas? Utilize exemplos de sua prática profissional, quando houver.

Obstáculos para a interpretação

1. **Engano ecológico** – drogas ilegais e pobreza são responsáveis por eventos violentos: essa ideia parte de um determinismo biológico, social e econômico. Altas taxas de violência e uso de drogas são qualitativamente diversos, segundo os diferentes bairros de uma comunidade em estado de pobreza.
2. **Engano individualista** – a intoxicação por drogas e a agressão física são resultado de fatores de personalidade, respostas endócrinas, neuroanatômicas ou de outros fatores individuais. Essa argumentação não leva em consideração os contextos estrutural, cultural e situacional.

Para refletir

Das informações contidas neste texto, quais lhe pareceram mais relevantes para a sua prática profissional e experiência pessoal? Por quê?
Você acha que o meio em que as pessoas vivem influencia o usuário de drogas a se envolver em situações de violência?
Isso acontece com pessoas ricas e pobres, brancas ou negras?

Caso A história de Marisa

Marisa é uma bela jovem de 16 anos que mora com a mãe num bairro nobre da cidade. Conheceu Lucas, um rapaz louro e "cheio de marra", que, aos 26 anos, se destacava dos demais no baile *funk* que ela frequentava. Apaixonou-se rapidamente por ele.
Lucas usa álcool e drogas há anos. Para manter seu *status*, participa do tráfico de drogas e de assaltos a residências. Já apareceu na mídia e foi denominado um "transgressor de boa cepa", por sua família ser de classe média. À medida que começou a se envolver mais com as drogas, deixou a casa de seus pais e foi viver em uma comunidade pobre, de onde articulava suas ações no tráfico e os assaltos.
Marisa sempre estudou em colégio privado, mas começou a faltar às aulas e a descuidar da escola sem comunicar aos pais. Os pais de Marisa são separados, mas moram na mesma avenida, opção que fizeram no momento da separação para facilitar a aproximação e a dedicação à educação dos dois filhos.
O uso de drogas por Marisa nunca foi enfrentado pelos pais. Eles sempre achavam que ela não era usuária e que a culpa por todos os problemas dela se deviam ao seu envolvimento com Lucas. Por um tempo, Marisa saiu de casa e foi viver perto de Lucas e do ponto de tráfico. Mas Lucas a mandou voltar para casa, pois era menor de

idade e ele não queria arrumar problema para si. Os pais de Marisa foram buscá-la na favela. Outra tentativa do pai foi levá-la para outra cidade, e Marisa passou a viver em uma pousada. Mas tal atitude não teve êxito, pois Marisa se envolveu com pessoas suspeitas de utilizarem drogas.

Depois dessa época, mantida em casa, Marisa se revoltava e batia com a cabeça na parede, até tentar suicídio. Quando melhorou e sua família baixou a guarda, fugiu de casa por uma semana. Nessas idas e vindas, Marisa passou a utilizar medicamentos para reduzir a ansiedade, agravando sua dependência a drogas.

Após um tempo nessa luta, a vida de Marisa mudou um pouco. O convívio com Lucas acabou, pois ele morreu numa troca de tiros com policiais. As matérias jornalísticas que anunciavam a morte do “ladrão *fashion*” também salientavam o pranto das cinco namoradas – entre elas, Marisa.

Para refletir

Quais fatores você acha que levaram Marisa a se envolver com drogas e a se juntar ao tráfico?

Existem distinções de gênero, raça e estrato social no consumo de drogas e na inserção dos jovens no tráfico?

De que modo você vê a forma como a sociedade e a mídia tratam as pessoas que fazem uso prejudicial de drogas, de acordo com gênero, raça e estrato social?

13.5 Texto para reflexão sobre o caso A história de Marisa

13.5.1 A necessidade de consumo e as influências do mercado de drogas

Embora o uso de drogas legais e ilegais esteja presente em toda a sociedade, independentemente de gênero, raça ou estrato social, quando falamos na relação entre violência e drogas destaca-se o fenômeno do tráfico de drogas ilegais. Esse tipo de mercado tornou-se uma fonte de trabalho informal na sociedade brasileira, gerando ações violentas entre vendedores e compradores sob uma quantidade enorme de pretextos e circunstâncias.

Esse comércio ilegal de drogas está incluído no mercado formal, sendo de domínio público o envolvimento, em redes nacionais e internacionais, de instituições políticas, financeiras e empresariais com o capital gerado e em circulação por esse comércio ilegal.

Na medida em que nesse meio de trabalho ilegal não há recursos legais para extinguir as disputas, a violência ou a ameaça de violência torna-se um mecanismo para reforçar as regras sociais de troca no mercado ilícito.

Embora pessoas dos diversos estratos sociais estejam envolvidas no tráfico de drogas, assim como Marisa e Lucas, são os jovens pobres de favelas e periferia urbanas a força de trabalho preferencial para o tráfico. Uma vez integrados nesse mercado, esses jovens participam de uma série de relações de reciprocidade social. Trata-se de um grupo selecionado dentro de um contexto em si violento, com promessas de ganho fácil e imediato, numa situação de escassez de opções do mercado formal. Nesse ambiente, o drama da dependência às substâncias psicoativas torna-se ainda mais delicado e difícil de ser enfrentado.

Uma parcela das pessoas que usam drogas e que está inserida no tráfico chega a ser identificada no sistema de segurança pública. Em relação aos jovens em conflito com a lei, nota-se a íntima relação entre envolvimento infracional deles e o consumo de drogas.

Pesquisa de Assis e Constantino (2001), que entrevistou adolescentes do sexo feminino internas em instituição de ressocialização no Rio de Janeiro, durante um ano, constatou

que poucas jovens nunca utilizaram drogas ilegais. Quase todas as jovens relatam o uso de algum tipo, sejam legalizadas – como álcool, tabaco, anfetaminas, tranquilizantes –, sejam ilegais, principalmente a maconha, a cocaína, o *crack*, a cola de sapateiro e outras drogas inalantes fortes, como removedores de tinta.

A maconha é a líder, seguida por cocaína, cola e álcool. Apenas cinco meninas dizem ter conseguido superar a dependência. Na instituição, demandam medicações, tranquilizantes, sinalizando a manutenção da dependência às substâncias psicoativas (ASSIS; CONSTANTINO, 2001). Entre as drogas constantemente utilizadas por meninos em conflito com a lei do Rio de Janeiro, em ordem de frequência, estão maconha, cocaína, álcool, cola, haxixe e *crack.* Já em Recife, a ordem das mais usadas é: maconha, álcool, Rohipnol, cola, cocaína, *crack*, cheirinho da loló e haxixe (ASSIS, 1999).

Para saber mais sobre esses trabalhos, leia os dois sumários de pesquisa:

- *Traçando caminhos numa sociedade violenta: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores*, de Simone Gonçalves de Assis (1999).
- *Filhas do mundo: a infração juvenil feminina*, de Simone Gonçalves de Assis e Patricia Constantino (2001).

Usuários de drogas, com ou sem envolvimento no tráfico, chegam cotidianamente aos serviços de saúde. Quando são

identificados como traficantes ou “bandidos”, causam constrangimento nos profissionais da saúde, que são obrigados a atender esses pacientes com policiais na retaguarda.

Em quaisquer dessas situações, o atendimento ao paciente demanda um cuidado especializado, que nem sempre é encontrado em alguns níveis da atenção. A precariedade de serviços especializados para dependentes de drogas no país é outro aspecto que dificulta um bom atendimento.

Apesar de tantas dificuldades, os serviços de saúde não podem se eximir de fazer a sua parte no atendimento a esses indivíduos em situação tão vulnerável. Precisamos, sobretudo, ter clareza que mobilizar uma rede de apoio é indispensável, pois muitas abordagens necessárias a esses pacientes transcendem o papel da saúde. As instituições públicas e privadas especializadas no atendimento ao uso indevido e prejudicial de drogas devem trabalhar com equipes multidisciplinares.

Um pouco sobre estratégias de atenção aos usuários de substâncias pode ser observado no seguinte artigo: “A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura”, de Miriam Schenker e Maria Cecília de Souza Minayo (2004).

13.6 Métodos de tratamento para o uso indevido ou prejudicial de drogas

Algumas formas de tratamento, especialmente utilizadas com jovens, podem ser acionadas durante o tratamento de pessoas dependentes de substâncias psicoativas (SCHENKER; MINAYO, 2004).

1. **Terapia comportamental** – o cerne da intervenção resume-se em identificar os comportamentos que instigam o uso de drogas; prover o indivíduo de habilidades que rompam tal ciclo de conduta; e propiciar-lhe formas de lidar com situações propensas à recaída.
2. **Terapia comportamental cognitiva** – o tratamento foca as interações entre os fatores comportamental, cognitivo, social e do desenvolvimento, visando a mudanças nas percepções e crenças e no comportamento do indivíduo. O uso de drogas é aqui entendido como funcionalmente relacionado aos problemas da vida do indivíduo e influenciado, por sua vez, pelos fatores sociais e cognitivos. O objetivo dessa terapia é auxiliar no reconhecimento de situações que podem levar o indivíduo ao uso de drogas; evitá-las mediante habilidades construídas; e lidar com problemas associados a elas.
3. **Terapia motivacional** – busca auxiliar o indivíduo, de forma empática, a se movimentar pelos seguintes estágios de mudança: pré-contemplação – a pessoa não reconhece ter problemas com drogas; contemplação – momento de ambivalência com relação às razões para a mudança; preparação – aumento do compromisso com a transformação; ação – o indivíduo para de usar drogas; e manutenção – ele desenvolve um estilo de vida que evita a recaída.
4. **Intervenções farmacológicas** – usadas principalmente com adultos no tratamento de sintomas graves de dependência a drogas. Com adolescentes,

podem ser utilizadas para desintoxicação e tratamento de comorbidade.

5. **Terapia dos 12 passos** – os Alcoólicos Anônimos (AA) e os Narcóticos Anônimos (NA) concebem a adicção como uma doença progressiva e crônica, caracterizada pela negação e pela perda de controle. A espiritualidade é um elemento-chave nesses tratamentos. Pede-se aos participantes que aceitem, com humildade, o fato de terem perdido a batalha do controle sobre as drogas e se rendam ao poder superior. A ideologia dos 12 passos prega que a recuperação só é possível pelo reconhecimento individual de que as drogas são um problema e da admissão da falta de controle sobre seu uso. A terapia dos 12 passos é utilizada por adolescentes e adultos como complemento de tratamentos diversos.
6. **Abordagem da comunidade terapêutica (CT)** – são programas residenciais de longa duração para adolescentes com severo uso prejudicial de drogas. Busca prover um meio seguro, saudável e acolhedor no qual o jovem possa desenvolver condutas, crenças e atitudes pessoais socialmente mais adaptados. A organização social da CT serve como uma família substituta, provendo um meio terapêutico e de apoio para que a pessoa amadureça e cresça.
7. **Intervenções multissistêmicas e baseadas na família** – contextualizam a pessoa em sua família e na sociedade – seus pares, escola, comunidade –, partindo do princípio de que as relações da pessoa com esses contextos podem ser saudáveis ou adoecidas, no último caso, facilitadoras do uso de drogas. Tais tratamentos têm como base as relações disfuncionais do indivíduo com qualquer um desses sistemas, de forma que a terapia terá, necessariamente, que envolver pessoas desses variados universos. Consideram que a dinâmica dessas relações influencia seus pensamentos e suas percepções, contribuindo, então, para a formação de

padrões de comportamentos. Reconhecem a influência crítica que o sistema familiar do adolescente tem no desenvolvimento e na manutenção de problemas de uso prejudicial de drogas.

Como se pode verificar, o atendimento ao usuário de drogas é um dos mais desafiadores para os profissionais da saúde, que precisam se sensibilizar para a importância de um olhar cuidadoso para esse grupo tão vulnerável à violência e se desfazer de preconceitos arraigados na sociedade, lembrando que a dependência precisa ser tratada, embora os mecanismos terapêuticos utilizados comumente não sejam os mais comuns à prática clínica. O apoio psicológico e social, aliado ao médico, é indispensável para que se consiga romper a situação de dependência das drogas.

13.7 Referências

ASSIS, S. G. *Traçando caminhos numa sociedade violenta*: a vida de jovens infratores e seus irmãos não infratores. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

ASSIS, S. G.; CONSTANTINO, P. *Filhas do mundo*: a infração juvenil feminina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

BUCHER, R. *Prevenindo as drogas e DST/AIDS*: populações em situação de risco: Programa Nacional de DST/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1995.

KRUG, E. G. *et al*. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. A complexidade das relações entre drogas, álcool e violência. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 35-42, 1998.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação das deficiências, incapacidades e desvantagens*. Brasília, DF:

OMS, 1989.

SCHENKER, M. *Valores familiares e uso abusivo de drogas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. Fatores de risco e de proteção ao uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p. 707-717, 2005.

SCHENKER, M.; MINAYO, M. C. S. A importância da família no tratamento do uso abusivo de drogas: uma revisão da literatura. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 649-659, 2004.

SEIDL, E. M. F. (org.). *Prevenção ao uso indevido de drogas*: diga SIM à vida. Brasília, DF: CEAD/ UnB: SENAD/SGI/PR, 1999. v. 1.

14. Pessoas com deficiência e necessidades especiais e situações de violência

Fátima Gonçalves Cavalcante, Olga Maria Bastos

Neste capítulo, apresentamos casos de violência contra crianças, adolescentes e adultos com deficiência, ressaltando a importância da promoção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência e com necessidades especiais.

A deficiência é apresentada conceitualmente em sua interação deficiência-indivíduo-sociedade, a partir de dois modelos vigentes e de naturezas diferentes: “o modelo médico da deficiência” e “o modelo social da deficiência”. A noção de violência no campo da deficiência, tema novo no país, é tratada à luz dos fatores de risco – do bebê ao idoso –, focalizando também as diferenças de gênero.

Diferentes tipos de deficiência são apresentados com seus respectivos fatores de risco, de modo a situar algumas das vulnerabilidades específicas dessa população diante da violência.

Caso Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro

Cena 1

Quando estava com 4 anos, veio a confirmação de que Maria Clara não iria andar. Uma encefalopatia crônica da infância, também chamada paralisia cerebral, a deixara com pernas e braços paralisados. Nessa idade, ela ficou órfã de mãe, o pai foi embora e os dois irmãos mais velhos não se interessavam em cuidar dela. Moradora de uma casa humilde, e na perspectiva de ser totalmente dependente de cuidados gerais ao longo de sua vida, Maria Clara foi acolhida por uma vizinha que até iniciou os preparativos para adotá-la. Com essa ajuda, Maria Clara iniciou reabilitação em instituição especializada. No entanto, no momento da formalização da adoção, a família materna (tias e irmãos) não permitiu que concretizasse, uma vez que essa adoção poderia pôr em risco a casa deixada de herança aos filhos.

Tia Joana e os irmãos mais velhos, José e Jorge, ainda que resistentes, assumiram os cuidados de Maria Clara. Tempos depois, os irmãos decidiram colocá-la num abrigo. Ela percebeu a dificuldade de sua família para atender às suas necessidades e, agora, no abrigo se vê diante de novos horizontes. Há uma esperança de começar a frequentar a escola, mas infelizmente isso não se concretiza porque Maria Clara é cadeirante e a escola não está preparada para receber pessoas assim – tem escadas. Além disso, ela mal consegue segurar um objeto e não é capaz de levantar o braço para coçar a cabeça. Alguém da escola pergunta: “Quem vai levá-la

ao banheiro, quando necessário?”. Essa simples pergunta faz com que a escola se torne inacessível para ela. No dia a dia, Maria Clara tenta se conformar. Ao menos lá no abrigo ela pode praticar atividades interessantes, tomar banho diariamente, tem ajuda para ir ao banheiro, sempre há alguém com quem conversar, apesar de as visitas de sua família serem muito raras.

Para refletir

Que direitos são aqui violados e afetam a vida dessa criança com deficiência?

14.1 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro

O caso de Maria Clara representa a vivência de muitas pessoas com deficiência que passam a enfrentar barreiras funcionais. Nessa história marcada pela incapacidade de braços e pernas que não estão disponíveis para as funções usuais, como sentar, levantar, andar, segurar, abraçar, jogar, defender-se. Além disso, na medida em que Maria Clara cresce e faz uso de cadeira de rodas, as barreiras sociais parecem a cada dia mais intransponíveis, desde a ambivalência de sua família para assumir os cuidados dos quais depende totalmente, até a transferência de responsabilidade de seus cuidados para o Estado, mediante sua acolhida em abrigo e a impossibilidade de realizar um sonho que é seu direito, assegurado pela Constituição Federal: o direito de frequentar uma escola.

As barreiras sociais, nesse caso, revelam-se nos espaços arquitetônicos – as escadas –, no espaço humano – “quem irá levá-la ao banheiro?” –, bem como no espaço pedagógico em que se deveria utilizar toda uma série de adaptações

para favorecer a integração escolar. As dificuldades de cuidado que se sucederam se somam ao precário vínculo familiar estabelecido. Estima-se um desenvolvimento afetivo, social e cognitivo aquém das possibilidades dessa criança.

Caso Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro

Cena 2

O destino de Maria Clara teimava em mudar o rumo, trazendo novas tempestades. A Justiça da Infância e Juventude decidira que todas as crianças que tinham algum vínculo familiar deveriam voltar para suas respectivas famílias. Tia Joana, que trabalhava como diarista, ganhava um salário mínimo e ainda tinha que se desdobrar para cuidar da neta pequena. A essa altura, não teve mais escolha e foi obrigada a levar a sobrinha de volta para casa mediante imposição judicial. Maria Clara estava crescendo e ficando cada vez mais pesada. Transportá-la não era tarefa fácil, e os irmãos não se dispunham a ajudar. Ela até preferia que o irmão nem viesse, pois muitas vezes ele bebia e ficava muito agressivo. Relembra como havia se acostumado ao abrigo e gostava dos cuidados que lhe dedicavam. Nos últimos três anos, de volta ao lar, Maria Clara sentia-se um peso. Ela aprendeu a reter a urina e as fezes, evitando atrapalhar ou incomodar as pessoas. Atualmente Maria Clara está com 13 anos e passa o dia sentada no chão vendo televisão e ouvindo música. Quando precisa, ela se arrasta. Em visita domiciliar, foi encontrada em precárias condições de higiene. Uma vez por semana, ela é levada a uma instituição especializada para desenvolver uma série de atividades interessantes. Um dia, Maria Clara explodiu num choro profundo e soluçava bastante. Com esse choro acumulado de muitos anos e de muitas queixas, ela

tornou o seu pedido de ajuda “claro” e “visível”. Seu sonho era poder frequentar uma escola. Maria Clara conseguiu mobilizar toda a equipe. O Conselho Tutelar foi acionado, a equipe conseguiu uma vaga para Maria Clara numa unidade de atenção diária especializada para pessoas com deficiência. Estão negociando uma vaga na escola e tia Joana se comprometeu a facilitar a ida diária da sobrinha, com a ajuda de voluntários da comunidade onde mora, e com auxílio de transporte, pago por um voluntário que se sensibilizou com sua história.

Para refletir

O que você pensa da iniciativa da Justiça da Infância e Juventude ao devolver Maria Clara para sua família de um modo compulsório?

Como você avalia as atitudes da família e as condições para recebê-la de volta?

Como você explica o desfecho exitoso desse caso?

14.2 Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso Entre violação de direitos e maus-tratos: um pedido de socorro

A análise das possibilidades da família para enfrentar o desafio de uma deficiência com a gravidade da deficiência física de Maria Clara, em condições de pobreza, é um ponto que merece ser pensado. Cuidar de pessoa “tetraplégica”, com um salário mínimo e sem meios de proporcionar locomoção, parece uma missão quase impossível, se não houver apoios especializados assegurados pelo Estado.

Entretanto, é espantosa a iniciativa da Justiça da Infância e Juventude em “devolver” essa menina, num quadro global tão necessitado de cuidados especiais, para uma família em

condições tão precárias. Por isso nos perguntamos: em que momento ocorreu a negligência? Estaríamos diante de uma negligência da família ou de uma negligência do Estado? A devolução de crianças para as famílias de origem deveria passar pelo crivo de uma avaliação das reais condições da família e de um processo de preparação que favoreça o vínculo, nos casos em que o retorno à família se mostre viável. Caso contrário, essa decisão corrobora com uma desassistência consentida pelo Estado e uma violação dos direitos da criança.

Nesse caso, assim como em outros, é possível encontrar uma equipe que acolha e se mobilize, gerando ações de solidariedade em rede, de modo a ultrapassar várias barreiras: “as barreiras sociais” (a cadeira de rodas adaptada, o transporte, os voluntários para levá-la e tirá-la do transporte, o voluntário que paga o transporte, a unidade de atenção diária, a escola, a confiança resgatada); e “as barreiras funcionais” (melhor acomodação na cadeira de rodas, garantia da higiene e de ida ao banheiro, acesso a diferentes locais).

> Alguns dos direitos recomendados em documentos internacionais: o direito à vida, ao trabalho, à educação, a fundar uma família, a ter um nível de vida adequado, a não ser sujeito a tortura ou tratamento cruel, desumano ou degradante, entre outros.

As equipes não devem esperar pelo apelo da pessoa com deficiência, cabendo-lhes uma avaliação mais pormenorizada das necessidades, das situações de risco e de proteção diante dos direitos e dos maus-tratos, sobretudo daqueles que estão menos capacitados para avaliar a sua própria condição.

14.3 Deficiência e direitos humanos

No Censo de 2010, constatou-se que o percentual de pessoa com alguma deficiência corresponde a 23,9% da população brasileira, estimativa que ampliou muito a prevalência no país (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015). Na década anterior, o Censo 2000 indicava que havia 14,5% de brasileiros com algum tipo de deficiência física ou mental – em nível alto ou reduzido – ou incapacidade de ouvir, enxergar e andar (NERI, 2003).

Para saber mais sobre o Censo 2010, acesse o site: www.ibge.gov.br

Crianças, adolescentes, mulheres e idosos formam um grupo vulnerável e exposto à violência. A literatura chama atenção para o maior risco de mulheres e meninas com deficiência sofrerem lesões, abusos, tratamento negligente, maus-tratos e exploração. De outro lado, é preciso considerar a relação entre violência estrutural, pobreza, marginalização social, exclusão e discriminação, condições que penalizam especialmente as pessoas com deficiência na infância, adolescência e velhice (CAVALCANTE *et al*., 2017). O impacto da violência na infância e na juventude se reflete na personalidade adulta e pode agravar acentuadamente um processo de desenvolvimento que já está associado a desvantagens ou incapacidades resultantes de uma ou mais deficiências.

O artigo 5º diz que a pessoa com deficiência deve ser “protegida de toda a forma de negligência, discriminação,

exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante” (BRASIL, 2015, p. 3).

A falta de informação sobre deficiências e sobre as possibilidades de sucesso de crianças, jovens e adultos, em atividades da vida regular, contribui para perpetuar o “mito da incapacidade”. Escolas e professores se sentem despreparados para receber alunos com deficiência, empresas pouco se organizam para favorecer a integração de adultos com deficiência, de modo que o preconceito passa a ser uma experiência comum e que ajuda a manter a exclusão social desse grupo vulnerável.

Os direitos das crianças e dos adolescentes brasileiros estão garantidos pelo artigo 3º da Constituição Brasileira (BRASIL, 1999) e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) (BRASIL, 2003a); e os de todas as pessoas com deficiência, pela Lei n. 7.853 (BRASIL, 1989).

- A Constituição Brasileira (BRASIL, 1988), no artigo 227, diz que “é dever do Estado garantir a todas as crianças e jovens o direito à proteção e aos cuidados necessários ao seu bem-estar”.
- O Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL, 2003) estabelece no artigo 5º que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo na forma de lei qualquer atentado por ação ou omissão aos seus direitos fundamentais”. O ECA garante a proteção para crianças e adolescentes até os 18 anos e, em casos excepcionais, a lei se aplica a pessoas entre 18 e 21 anos.
- A Carta Constitucional também assegura os direitos das pessoas com deficiência (BRASIL, 1989). A Lei n. 7.853 “dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social [...] e assegura

> o pleno exercício de seus direitos básicos, incluindo as áreas de educação, saúde, formação profissional e trabalho, recursos humanos, edificações (acessibilidade), lazer e previdência social" (FERREIRA, 2001, p. 22).

14.4 O conceito de deficiência

A ideia de "deficiência" liga-se muitas vezes à noção de "ineficiência". A sociedade tende a ver a **pessoa com deficiência** como alguém infeliz, inútil, diferente, oprimida ou doente. O estigma que recai sobre ela tende a produzir e reforçar a segregação. Há um movimento recente na sociedade contemporânea para se enxergar a pessoa em sua totalidade, em sua "eficiência", e não apenas com um tipo de limitação.

Existe uma discussão em torno da terminologia para designar a pessoa que tem deficiência que atualize e amplie a visão social sobre a deficiência. O termo "portadores de deficiência", embora tenha sido adotado na Constituição Federal de 1988, entrou em desuso e foi substituído pela nomenclatura "pessoas com deficiência" (PcD), termo adotado na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, [2019]) e na Lei Brasileira de Inclusão (BRASIL, 2015). Trata-se de um novo conceito que não pode ficar restrito a um parâmetro médico, necessitando ser visto em perspectivas sociais e ambientais.

O termo "pessoas com necessidades especiais" costuma ser utilizado, na história de diferentes terminologias, para ampliar o grupo dos que são identificados na categoria "deficiência" (aqueles com deficiências físicas, auditivas, visuais, mentais e múltiplas). Ele tende a ser visto como mais abrangente e, por essa razão, ele inclui o autismo, a

psicose infantil, a paralisia cerebral e os dependentes de tecnologia, pessoas com transtornos orgânicos e que dependem de recursos tecnológicos para a sua sobrevivência, entre outros.

A Convenção da ONU (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, [2019]), em seu artigo primeiro, considera a pessoa com deficiência aquela "que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas."

Para a Lei Brasileira de Inclusão ou Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), a PcD deve ser avaliada em relação aos impedimentos nas funções e estruturas do corpo, aos fatores socioambientais, psicológicos e pessoais, à limitação no desempenho de atividades e à restrição na participação.

O Estatuto da PcD considera fundamentais quatro conceitos: acessibilidade – alcance, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos, transporte, informação, comunicação, tecnologias, em áreas urbanas e rurais; desenho universal – de produtos, ambientes, programas e serviços que precisam incluir tecnologias assistivas (TA); tecnologias assistivas – produtos, equipamentos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que promovam a funcionalidade e participação da PcD, visando à sua inclusão; barreiras – qualquer obstáculo, atitude ou comportamento que dificulte ou limite a participação da pessoa em seus direitos de acessibilidade, liberdade de movimento, de expressão e de comunicação (CAVALCANTE *et al*., 2017).

Para refletir

O que você pensa sobre o uso desses termos?
De que modo a acessibilidade e a redução de barreiras ajudam a favorecer uma maior participação das pessoas

com deficiência?
Que sugestões você daria para reduzir as barreiras na vida social de uma PcD?

Destacamos um conceito de deficiência utilizado pela Organização Mundial da Saúde (1989) que é organizado por uma tríade explicativa, segundo critérios adotados pela Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Cidid).

14.4.1 Conceitos Cidid (1989)

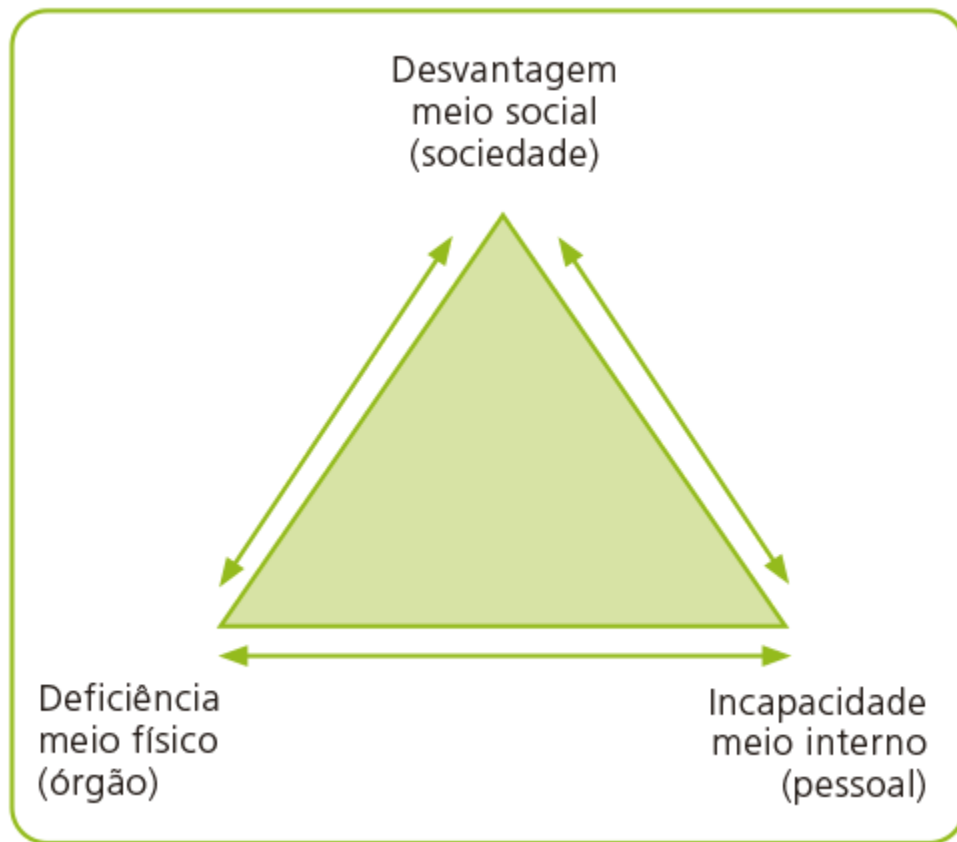
- A dinâmica **deficiência-indivíduo-sociedade** se desdobra em três conceitos complementares e necessários para entender sua complexidade.
- A **deficiência** representa a exteriorização de um estado patológico que reflete um distúrbio orgânico ou uma perturbação num órgão.
- Ela gera uma **incapacidade** – a vivência de limites físicos sensoriais, psicológicos ou múltiplos – que impacta a pessoa em seu comportamento e em suas atividades cotidianas.
- A deficiência e/ou a incapacidade geram, como consequência, uma **desvantagem** que se reflete no meio social e limita o desempenho das habilidades individuais e dos papéis sociais.

A Figura 1 apresenta um esquema explicativo para mostrar a interação entre esses conceitos.

Figura 1 – Esquema explicativo

Desvantagem
meio social
(sociedade)

Deficiência
meio físico
(órgão)

Incapacidade
meio interno
(pessoal)

Fonte: Elaboração das autoras.

A desvantagem reflete as limitações sentidas em função da deficiência e da incapacidade, e o modo como elas se projetam nas relações do indivíduo em suas tentativas de se adaptar ao meio. O meio pode aumentar ou diminuir as desvantagens, compensando ou aumentando o efeito da deficiência e da incapacidade, afetando a percepção do indivíduo sobre si e sobre o ambiente circundante.

A pessoa com deficiência enfrenta, portanto, dois tipos de barreiras: as “barreiras funcionais”, decorrentes de sua limitação, e as “barreiras sociais”, resultantes de impedimentos que acentuam desvantagens (a falta de acesso por condições arquitetônicas, o preconceito, a discriminação, o mito da ineficiência, a falta de oportunidades).

> Lembre-se de que nem sempre a deficiência está associada a uma “incapacidade”. O diabético ou o hemofílico possuem deficiência, mas com acompanhamento clínico podem não desenvolver “incapacidades”, embora tenham que lidar com as “desvantagens” sociais.

Diante dessas vulnerabilidades funcionais e sociais, as diferentes formas de violência aumentam a sensação de incapacidade e impotência, podendo agravar a deficiência, de um lado, ou ampliar a desvantagem e a desigualdade social, do outro.

Você sabia que a deficiência está aumentando em nosso país?

Nos últimos anos, em decorrência da melhoria tecnológica que possibilitou maior sobrevida dos prematuros extremos e de crianças com determinadas patologias graves, tem sido observado um aumento no número de crianças, adolescentes e jovens com algum tipo de deficiência. No entanto, o pouco investimento em programas de prevenção da deficiência em nosso país, o progressivo envelhecimento da população brasileira e o aumento da violência são fatores que contribuem para o aumento das deficiências, sendo necessário adequar o acervo das políticas e das ações setoriais e intersetoriais para se enfrentar os efeitos da transição demográfica e da onda de violência.

A violência contra a criança, o adolescente, a mulher, as pessoas institucionalizadas, as brigas entre homens ou a violência urbana podem produzir traumatismos cranioencefálicos mais ou menos graves, ou lesões corporais que danifiquem órgãos ou partes do corpo, gerando deficiência. Já o envelhecimento populacional é outro fator que vem aumentando a incidência de deficiências crônico-degenerativas.

14.5 Promoção e defesa das pessoas com deficiência

A área da deficiência avançou nas duas últimas décadas em nível nacional e internacional, como podemos ver em dois documentos internacionais e em uma importante lei brasileira:

1. A Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, adotada em 2006, impôs deveres ao Estado Brasileiro, destacando a necessidade de ações em território nacional para promover a inclusão, vida independente, qualidade de vida e dignidade da PcD (RESENDE; VITAL, 2008).
2. O Relatório Mundial da Pessoa com Deficiência (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012), por meio de um estudo global, divulgou a estimativa de que haja mais de um bilhão de pessoas vivendo com alguma de deficiência no mundo, cerca de 15% da população mundial.
   Ele ressalta que as pessoas com deficiência experimentam níveis de saúde mais precários dos que a população em geral, têm necessidades de serviços de reabilitação não atendidas, sofrem mais risco de exposição à violência, pobreza, privação, insegurança alimentar, habitação precária e acesso inadequado aos serviços de saúde. E adverte que é fundamental enfrentar a diversidade de barreiras à saúde, à reabilitação, aos serviços de apoio e assistência, à educação, ao emprego, assim como as desigualdades sociais.
3. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, também chamada de Estatuto da Pessoa com Deficiência, a Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015, destinada a assegurar as condições de igualdade, o

> exercício dos direitos, a inclusão social e cidadania (BRASIL, 2015),
> O Estatuto da Pessoa com Deficiência (Lei n. 13.146) entrou em vigor em janeiro de 2016, seis meses decorridos de sua publicação, de modo que a sociedade tivesse tempo para se adaptar às novidades da ordem legislativa brasileira.

Ao assinar e ratificar, na forma do terceiro parágrafo, do artigo 5º da Constituição Federal de 1988, a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, o Brasil se comprometeu a implementar medidas para dar efetividade aos direitos lá garantidos. Assim, sob essa ótica, a nova Lei Brasileira de Inclusão da PcD não traz grandes novidades que venham a surpreender o leitor. Ou seja, o Estatuto da PCD é a execução de uma Convenção que integrou o sistema normativo brasileiro, com a hierarquia de Emenda à Constituição (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015, p. 1).

Como a Convenção da ONU sobre os Direitos da PcD traz deveres genéricos, sem anotar prazos, sem apresentar parâmetros de implementação de ações, o Estatuto da PcD trouxe a necessidade de ajustes em legislações brasileiras, com alterações no Código do Processo Civil, no Código Penal, no Código de Defesa do Consumidor, na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), entre outros, para que novas abordagens pudessem ser redesenhadas, sendo fundamentais estratégias políticas, jurídicas e sociais.

Pelas recentes conquistas, a proteção da PcD se amplia, num enfoque cada vez mais multiprofissional e interdisciplinar, estabelece novos critérios para a interdição e inclui mediadores para os atos da vida civil.

A capacidade torna-se a regra e a incapacidade passa a ser uma exceção. A lei busca assegurar a acessibilidade arquitetônica e urbanística, a mobilidade urbana e a comercialização de livros em formatos acessíveis. Em relação à saúde integral, educação, reabilitação,

profissionalização e área social ampliam-se as opções. Portanto, a depender de como será colocada em prática, essa nova legislação aumentou significativamente os meios para assegurar direitos no país (ARAUJO; COSTA FILHO, 2015, p. 1).

Entre os principais avanços da Lei Brasileira de Inclusão, destacamos:

- Um novo conceito de deficiência, mais pautado no modelo social, do que no modelo médico.
- A interdição só vigorará para atos negociais e patrimoniais, mantendo-se as faculdades para casar, trabalhar, votar, testemunhar e praticar outros atos da vida cotidiana.
- A PcD interditada pode dispor de duas pessoas de sua confiança para acompanhá-la em atos da vida civil, por meio de vínculos afetivos ou profissionais.
- O poder público deve assegurar mecanismos de efetivação da acessibilidade, principalmente na arquitetura, mobilidade, informação e comunicação.
- Atenção integral à saúde, por meio do SUS, em todos os níveis de complexidade, do diagnóstico à reabilitação, ao serviço domiciliar e acesso aos especialistas.
- Sistema educacional inclusivo em todos os níveis do aprendizado ao longo da vida, na rede regular de ensino, público e privado e, quando necessário, acesso a serviços especializados.
- Acesso à reserva de cargos prevista pela lei, ou de reserva de cotas em empresas e nos concursos públicos.
- Acesso da PcD à justiça em igualdade de oportunidades em relação às demais pessoas.
- Punições previstas em lei em relação a atos de discriminação, desvio de proventos ou de bens em

razão da deficiência.

- Uma boa aplicação da política depende de uma implementação consistente e de um monitoramento de sua eficácia.

Historicamente, há ainda outras duas declarações internacionais que se destacam no campo da deficiência.

1. A Declaração dos Direitos do Deficiente Mental, adotada pela Assembleia Geral da ONU em 1971, trata, de uma forma sucinta, de sete preceitos em benefício das pessoas com deficiência mental: igualdade de direitos; acesso a meios de desenvolvimento de suas habilidades; emprego (dentro de suas limitações); convívio social; nomeação, quando necessário, de uma pessoa que as proteja; direito de processar alguém por exploração ou tratamento degradante; e diversos procedimentos referentes a limitações da deficiência (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1971).
   Tendo o mérito de ser pioneira no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência, essa declaração se caracteriza pelo tamanho reduzido e pela escassez de conceitos, embora pareça suficiente aos propósitos iniciais que a inspiraram.
2. A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, adotada pela ONU em 1975, por meio da Resolução n. 3.447, é composta de 13 parágrafos:
   - garantia de todos os direitos, sem distinção ou discriminação;
   - respeito inerente à dignidade humana, independentemente da gravidade da deficiência;
   - direito a uma vida decente e a mais normal possível;
   - garantia dos mesmos direitos civis e políticos de outros seres humanos;

- direito de essas pessoas serem capacitadas e de se tornarem autoconfiantes;
- direito a tratamento médico, psicológico, funcional (colocação de aparelhos corretivos e próteses), reabilitação médica e social, educação, treinamento vocacional, assistência, aconselhamento, integração social;
- direito à segurança econômica e social, à manutenção de emprego ou de atividade produtiva remunerada;
- direito a uma vida familiar ou institucional adaptada, a participar de atividades sociais, criativas e recreativas;
- direito de as pessoas com deficiência terem proteção contra a exploração, a discriminação, o abuso, a degradação;
- direito de ter assegurada assistência legal que leve em conta a condição física e mental da pessoa com deficiência.

Os dois últimos parágrafos enfatizam a importância de as pessoas com deficiência, suas famílias e comunidades serem plenamente informadas, por todos os meios apropriados, sobre os direitos contidos nessa declaração.

As duas declarações refletem um período histórico marcado pelo "modelo médico da deficiência", circunscrito na reabilitação e na busca de maior integração social, quando a demanda de adaptação era esperada, sobretudo, por parte da pessoa com deficiência.

Em contraste com as declarações anteriores à década de 1970, as quatro últimas décadas vêm operando transformações paradigmáticas importantes ao ir privilegiando, gradativamente, o "modelo social da deficiência", com envolvimento maior de instituições sociais na causa da deficiência, quando a sociedade é desafiada a se adaptar de modo mais incisivo.

Entre os mais destacados eventos internacionais na virada do século XXI, é relevante citar o Congresso Europeu de Deficiência, que contou com mais de 600 participantes e culminou com a assinatura da Declaração de Madri/Espanha, em 23 de março de 2002, com o lema: “Não discriminação mais ação positiva igual à inclusão social”. Nesse evento, o ano de 2003 foi proclamado como o Ano Europeu das Pessoas com Deficiência.

Na Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002), “a deficiência foi tomada como uma questão de direitos humanos” a serem assegurados, de acordo com as Convenções Internacionais, conforme a ideia de que a sociedade deve se modificar para favorecer a inclusão (educação inclusiva, acesso a novas tecnologias, saúde e serviços sociais, desporto e atividades de lazer, produtos, bens e serviços de defesa dos consumidores); é preciso incentivar políticas que respeitem a heterogeneidade da deficiência (pessoas com necessidades complexas de dependência e suas famílias, o que requer ações específicas); o “direito à não discriminação” deve ser completado pelo “direito de apoio e assistência”.

Observe algumas recomendações da Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002):

1. Para autoridades da União Europeia e dos Estados-Membros: combater as práticas discriminatórias; rever os serviços e sistemas de apoio para assegurar condições de integração social; “empreender investigações sobre a violência e o abuso cometidos contra as pessoas com deficiência”; reforçar a legislação sobre acessibilidade para assegurar o mesmo direito de acesso às infraestruturas públicas e sociais; “contribuir para a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência em nível mundial”.

2. Para autoridades locais: pôr em relevo a promoção, os recursos e as atividades de âmbito local; convidar os agentes locais a integrar as necessidades das pessoas com deficiência nas políticas locais e comunitárias, contemplando a educação, o emprego, a habitação e o transporte, a saúde e os serviços sociais e tendo presente a diversidade das pessoas com deficiência, incluindo, entre outros, pessoas idosas, mulheres e imigrantes.
3. Para empregadores: aumentar esforços para incluir, manter e promover as pessoas com deficiência nos seus quadros de pessoal; desenhar os seus produtos e serviços de modo que sejam acessíveis às pessoas com deficiência, garantindo igualdade de oportunidades.
4. Para sindicatos: aumentar esforços para contribuir para o emprego de pessoas com deficiência, assegurando de forma adequada sua representação no trabalho.
5. Para meios de comunicação: criar e fortalecer alianças com associações de pessoas com deficiência para melhorar a imagem nos meios de comunicação de massa, favorecendo a inclusão de informação sobre as pessoas com deficiência; evitar aproximações paternalistas ou humilhantes, centrando-se melhor nas barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam e na contribuição positiva que elas podem oferecer à sociedade.
6. Para escolas: desempenhar um papel relevante na difusão da mensagem de compreensão e aceitação dos direitos das pessoas com deficiência, ajudando a dissipar medos, mitos e conceitos errôneos, apoiando os esforços de toda a comunidade; difundir amplamente recursos educativos para ajudar os alunos a desenvolver um sentido de respeito pela sua própria deficiência e pela dos outros. Os estabelecimentos de ensino superior e as universidades devem, em cooperação com os ativistas do movimento de pessoas com deficiência,

promover conferências e seminários dirigidos a jornalistas, publicitários, arquitetos, empregadores, assistentes sociais e agentes de saúde, familiares, voluntários e agentes locais.

Em consonância com os movimentos internacionais, criaram-se, no Brasil, órgãos ligados ao Ministério da Justiça: Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Corde), em 1986, e Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade), em 1999. O primeiro é responsável pela gestão de políticas públicas, da defesa dos direitos e pela promoção da cidadania. Ao segundo compete, principalmente, o acompanhamento e a avaliação das políticas específicas e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social e transporte, entre outros direitos concernentes à pessoa com deficiência.

14.6 Do modelo médico ao modelo social da deficiência

O **modelo médico da deficiência** focaliza a doença e a incapacidade. Tende a ver a deficiência como um problema do indivíduo que deve ser reabilitado ou curado, e valoriza o tratamento como foco principal de intervenção. Promove um esforço unilateral do deficiente, da família e das instituições especializadas, sem cobrar da sociedade a sua parcela de responsabilidade. Além disso, o foco no tratamento pode favorecer a exclusão das pessoas com deficiência do meio social.

O **modelo social da deficiência** surge na década de 1960, no Reino Unido, como uma reação às abordagens biomédicas. No Brasil, ganha força a partir dos anos 1980. Nesse enfoque, a sociedade é chamada a refletir sobre como ela cria problemas e reforça a desvantagem quando mantém

ambientes restritivos, bens e objetos inacessíveis do ponto de vista físico, políticas e práticas **discriminatórias** e desinformação sobre os direitos desse grupo social (SASSAKI, 1999).

Uma mudança de consciência social, em curso, faz com que, cada vez mais, as pessoas com deficiência comecem a ser vistas como detentoras de direitos e, portanto, como sujeitos que se beneficiam diretamente da lei.

O foco, antes colocado nas anormalidades, agora passa a ser situado nas pessoas, o que significa que se torna crucial dotar as pessoas com deficiência de meios necessários para que elas possam construir uma participação ativa na vida política, econômica, social e cultural, tendo suas diferenças respeitadas.

Nesse novo modelo, deve ser desenvolvida uma nova pauta de condições para que uma pessoa com deficiência possa fazer parte de uma “sociedade inclusiva”:

1. **autonomia:** domínio físico ou social dos vários ambientes que a pessoa necessita frequentar;
2. **independência:** capacidade e prontidão para tomar decisões sem depender de outras pessoas, fazendo uso de informações disponíveis. A independência pode ser pessoal, social ou econômica;
3. **empoderamento:** processo pelo qual uma pessoa ou um grupo de pessoas usa o poder pessoal, inerente a possibilidades e limites de cada um, para escolher, decidir e assumir o controle de sua vida;
4. **equiparação de oportunidades:** processo pelo qual os sistemas sociais – meio físico, habitação, saúde, educação, trabalho, vida cultural e social – são feitos acessíveis para todos;
5. **inclusão social:** quando a sociedade se adapta para incluir em seus sistemas sociais pessoas com necessidade especiais e, simultaneamente, elas se preparam para assumir seus papéis na sociedade, num

processo bilateral em que “pessoas ainda excluídas” e a sociedade buscam equacionar os problemas em parceria, mediante equiparação de oportunidades (SASSAKI, 1999).

Para refletir

Nos serviços que você conhece, veja qual modelo prevalece no tratamento de deficiência: o “modelo médico” ou o “modelo social”. Exemplifique.

14.7 Violência e deficiência

Apresentamos, a seguir, alguns estudos de caso para facilitar a visualização de como a violência pode impactar a saúde e a qualidade de vida das pessoas com deficiência, de acordo com diferenças em faixa etária, gênero e considerando tipos de deficiência. Cada caso apresenta e situa um conjunto de problemas, propõe reflexões e formula um caminho possível do pensamento diante das situações colocadas, deixando para o leitor a ampliação dos pontos de vista, o debate com colegas de trabalho, o contraste com sua experiência profissional.

Caso Em busca de ajuda para Angélica

Cena 1

Maria Antônia compareceu à consulta médica, pela primeira vez, acompanhada de sua filha Angélica, uma adolescente de 13 anos, com grave deficiência mental. Angélica, segundo relato de sua mãe, apresenta vômitos frequentes, porém apenas quando ingere líquidos. Essa jovem é filha única e mora com os seus pais.

Até a idade de 8 anos, ela fez acompanhamento com um neurologista, usando medicamentos controlados e, desde esse tempo, nunca mais foi a outras consultas

médicas, embora a medicação continuasse a ser dada ininterruptamente. Afinal, Maria Antônia trabalha numa clínica e, por isso, tem a facilidade de conseguir novas receitas com alguns médicos, o que mantém o seu acesso aos medicamentos sem que dependa de ir à consulta. Ela alegou que não veio mais às consultas com sua filha por estar morando longe, embora precisasse de uma única condução para chegar ao hospital. Maria Antônia trabalha na clínica em horário integral e Joaquim, o pai, como faxineiro, em um edifício próximo à sua residência. O casal não conta com a ajuda de outras pessoas. No entanto, a família também recebe o **Benefício de Prestação Continuada** (BPC), a que Angélica tem direito.

Durante a consulta, percebe-se que a jovem é extremamente dependente, relacionando-se pouco com as outras pessoas; ela fica durante todo o tempo no colo da mãe, lambendo-a ou, então, colocando a mão dentro da boca e salivando muito. O exame físico não mostra qualquer anormalidade, além de desnutrição, fato que chama atenção.

A doutora Jeane, preocupada com as condições gerais da jovem, chegou a pensar em interná-la para investigar melhor a queixa da mãe e verificar as condições gerais da menina. No entanto, optou por mantê-la em acompanhamento ambulatorial. Foram solicitados exames específicos e o retorno em uma semana.

Para refletir

Que tipo de violação de direitos e de maus-tratos encontramos nesse caso?

14.8 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Em busca de ajuda para Angélica

O isolamento social da família muitas vezes decorre do estigma de ter um filho com deficiência, fato que pode gerar sentimentos de incerteza, inadequação e sensação de rejeição social.

Sabemos que o isolamento é um dos fatores de risco para maus-tratos infantil. Se a família não interage, se ela não constrói novos laços sociais, se não procura construir alternativas de apoio e de acompanhamento regular de uma criança ou adolescente com deficiência, haverá poucas chances para um desenvolvimento mais adequado, e a deficiência tenderá a se agravar.

O deficiente mental severo será dependente de cuidados gerais ao longo da vida, porém ele necessita de um intenso processo de estimulação e socialização a partir de uma equipe multiprofissional, visando ao desenvolvimento de competências pessoais e sociais. A descontinuidade do acompanhamento médico talvez seja apenas um dos indícios para se suspeitar de que possa estar havendo falta de cuidado e de atenção específica às necessidades de Angélica em outras áreas.

O desinteresse da família em prover um acompanhamento neurológico que requer consultas regulares e reavaliações medicamentosas periódicas sugere um tipo de descuido preocupante e que pode acarretar prejuízo ao desenvolvimento global dessa jovem.

Cabusca de ajuda para Angélica

Cena 2

Na consulta seguinte, Maria Antônia e sua filha Angélica foram recebidas, inicialmente, pela assistente social Conceição. Numa conversa detalhada, Conceição compreendeu que o que a mãe chamava de vômitos era, na verdade, o acúmulo de saliva que Angélica eventualmente cuspia. Essa era apenas a confirmação de que sua salivação precisaria ser trabalhada por uma fonoaudióloga. Investigando a história familiar, descobriu-se que a adolescente ficava sozinha em casa, trancada em um quarto, sem nenhum tipo de assistência, permanecendo lá todas as manhãs e todas as tardes, no horário em que seus pais estavam trabalhando.

Maria Antônia tentava minimizar essa situação, alegando que o pai ia diariamente dar o almoço à filha, pois ele tinha um intervalo de uma hora, em torno das 14 horas. Morando tão próximo do local de trabalho, isso era possível. Os pais da jovem tinham vindo do Nordeste e não contavam com a ajuda de nenhum familiar ou amigo para auxiliar nos cuidados com a filha.

Maria Antônia trouxe os exames laboratoriais, e a doutora Jeane pôde constatar que Angélica estava somente com uma discreta anemia. Ao final, Conceição e a médica conversaram sobre o caso e concluíram que deveriam explicar à Maria Antônia a necessidade de se fazer uma notificação junto ao Conselho Tutelar para que Angélica fosse colocada numa escola e de que a família se reorganizasse para poder atender e acompanhar as necessidades da filha.

Tempos depois, o Conselho Tutelar conseguiu uma escola para Angélica. No entanto, a “baba” da jovem foi colocada como obstáculo para sua adaptação. Os

professores alegaram que ela deveria “aprender a se comportar melhor” para poder garantir um espaço na escola. No momento, ela poderia permanecer somente meia hora por dia. Afinal, essa salivação excessiva a estava impedindo de participar das atividades propostas.

No livro *Violência faz mal à saúde*, coordenado por Claudia Araújo de Lima (2004), você pode ler o Capítulo 11, de Luci Pfeiffer, para saber mais a respeito da situação da violência sobre crianças e adolescentes com deficiências e necessidades especiais.

Para refletir

Como ajudar a família a compreender a situação precária de sua filha e os maus-tratos a que estava submetida?

Pense sobre a conduta tomada pela doutora Jeane e por Conceição.

Pense sobre a conduta dos professores da escola.

14.9 Texto para reflexão sobre a Cena 2 do caso Em busca de ajuda para Angélica

Intervir num sistema familiar é um passo difícil para muitos profissionais da saúde. No entanto, esse gesto,

quando bem fundamentado, talvez represente a única chance que uma criança e um adolescente possam ter para mudar o rumo de suas vidas.

Prevenir uma situação de maus-tratos significa evitar dores físicas, sofrimentos emocionais, dificuldades para integração social e sequelas adicionais à deficiência. Intervir significa mobilizar ações positivas em prol da pessoa com deficiência e em prol da família, produzindo uma tomada de consciência sobre as necessidades que precisam ser atendidas e tomando providências para a sua concretização.

As famílias requerem um olhar de apoio, de suporte, de orientação, de ampliação das condições de assistência de todos os seus membros, de modo que, quando atendidas, tenham condições de amparar melhor todos e cada um, conforme suas necessidades.

Esse caso também nos faz pensar sobre os limites do modelo médico para se ajudar às pessoas com deficiência, e a necessidade de ampliar estratégias ligadas ao modelo social da deficiência que desafia toda a sociedade a rever os seus conceitos e a construir formas efetivas de acolhimento.

O despreparo das escolas para um acolhimento adequado desse tipo de população é outro problema importante que deve ser levado em conta. Há necessidade de orientação e formação dos professores para que a escola tenha condições de se tornar um local que favoreça a integração e a inclusão social.

Como construir um plano de apoio individualizado para traçar metas de autonomia para Angélica? Como inserir a família de Angélica num trabalho junto a outras famílias, para que ela possa, em certa medida, se empoderar? Como cuidar da “baba” de Angélica e dar a ela condições de maior convívio social? Essas são algumas das questões a que a equipe de saúde, a escola e o Conselho Tutelar, numa articulação em rede, deveriam ser capazes de responder.

Para refletir

O que você faria nesse caso? Quais seriam suas sugestões?

Caso Os maneirismos de João e a suspeita de abuso sexual

Cena 1

João está com 16 anos e apresenta autismo associado a um comprometimento intelectual importante.

Vez por outra ele exibe comportamentos bizarros e, em seu dia a dia, é dependente para atividades vitais, como alimentação e higiene pessoal.

João veio trazido à consulta médica pelo educador e pela psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial que frequenta. Eles estão preocupados porque há mais ou menos dois anos o rapaz tem estado cada vez mais erotizado, “esfregando-se” no educador. Além disso, ao realizar a higiene do adolescente, o educador observou que após a evacuação ele fica com “dilatação no ânus”. Sabe-se que João sempre apresentou incontinência fecal, o que talvez justifique essa dilatação. No entanto, de uns tempos pra cá, ele passou a se colocar em certas posturas “convidativas” a uma relação sexual, repetindo ritualisticamente um padrão de comportamento excessivamente erotizado, o que levou a equipe a pensar se ele estaria sendo vítima de abuso sexual. A família mantém pouco contato com a instituição, que tomou conhecimento de que há menos de um ano a mãe está residindo com um novo companheiro.

Como avaliar esse tipo de situação junto a um adolescente com sérias dificuldades de comunicação e compreensão sobre a vida? Seriam essas posturas erotizadas um comportamento que repete algo por ele vivido, ou seria simplesmente uma estereotipia típica do autismo, associada ao seu desenvolvimento sexual?

Para refletir

Quais são as dificuldades para se identificar os sinais de abuso num adolescente com autismo e retardo intelectual?

14.10 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Os maneirismos de João e a suspeita de abuso sexual

O desenvolvimento sexual ocorre da mesma forma nos adolescentes com ou sem deficiência. A produção de hormônios sexuais é responsável pelas mudanças corporais, que juntamente com as modificações psíquicas e sociais contribuem para que nessa etapa do desenvolvimento humano – a adolescência – a sexualidade genital erotizada se manifeste.

Esse caso pode ser a simples manifestação de uma sexualidade que amadurece e se manifesta em condutas que podem ser interpretadas como inadequadas, e suscitar um tipo de orientação sobre o lidar com a sexualidade. O caso também pode conter indícios de abuso sexual, mas as dificuldades de comunicação no autismo e o distanciamento da família tornam essa averiguação difícil de ser feita. Isso mostra a dificuldade para identificar os sinais de abuso em crianças e adolescentes com distúrbios na comunicação e nas atitudes. Além disso, as dificuldades da família em atender aos chamados da instituição reforçam as suspeitas de que algo pode não estar indo bem, na medida em que essa família se mantém ausente e distante.

O que poderíamos, então, pensar sobre o caso: estamos diante de negligência familiar? Estamos diante de uma suspeita de abuso sexual? Sejam quais forem os indícios,

será que a equipe já tem dados suficientes para fazer uma notificação junto ao Conselho Tutelar? O que você acha?

14.10.1 Notificação junto ao Conselho Tutelar

Casos confirmados e suspeitos de qualquer tipo de abuso ou negligência devem ser notificados ao Conselho Tutelar por profissionais da saúde e da educação.

Entretanto, a “falsa denúncia” feita sem evidências claramente definidas e, muitas vezes, com a intenção de acusar e/ou culpar o outro pode trazer sérias consequências à pessoa denunciada, que fica sob suspeita até que tenha condições de defender-se e provar sua inocência.

Portanto, a notificação precisa ser embasada em suspeitas ou evidências claramente descritas e situadas no contexto de sua ocorrência.

Para refletir

O que você faria nesse caso? Quais seriam suas sugestões?

Caso Há interferências da tutora na vida de Fernanda?

Fernanda é surda e, aos 30 anos, casou-se com Gilberto, que possui deficiência auditiva leve e deficiência visual parcial. Ela foi morar ao lado da casa dos sogros, tendo a possibilidade de obter apoio próximo.

Entretanto, sua tia e tutora a visitava seguidamente, e parecia querer interferir na vida da sobrinha a tal ponto que o casamento não chegou a durar muito tempo.

Fernanda era interditada judicialmente e sua tia se colocava na situação com pulso forte, como quem quer manter o controle, administrando o dinheiro de uma pensão familiar deixada para a sobrinha.

Apesar das pílulas anticoncepcionais oferecidas pela tia, Fernanda engravidou. Quando o bebê nasceu, a tia

alegou que Fernanda não podia amamentar, pois usava medicamento psiquiátrico, embora a equipe do posto de saúde que a acompanhava desconhecesse qualquer sintomatologia psiquiátrica naquela época.
Por iniciativa da tia, o bebê foi registrado apenas no nome da mãe, na qualidade de mãe solteira. No entanto, o pai entrou com recurso e conseguiu reconhecer a sua paternidade, dando seu nome à filha.
Há uma suspeita de que durante o parto, cesariana, a tia tenha solicitado ao médico a ligadura de trompas da sobrinha, sem o conhecimento dela. A tia parecia segura de que de agora em diante Fernanda não iria mais engravidar, embora para ela o sonho de ser mãe novamente ainda persistisse.
Certa vez, Fernanda se desentendeu com a tia e levou uma surra, ficando toda marcada. Nessas horas difíceis, ou ela corria para a casa do ex-marido em busca de socorro ou ia para o posto de saúde. Apesar de dispor de uma linguagem limitada, de alguma forma ela conseguia se comunicar. Outros serviços que costumavam dar apoio a Fernanda foram acionados, mas optou-se por não fazer uma ocorrência na Delegacia de Mulheres, por falta de provas. Afinal, alegava-se que a tia tinha um bom advogado e poderia processar os profissionais por calúnia e difamação.
A situação de Fernanda é de difícil comprovação, as barreiras linguísticas são grandes e, com o passar dos anos e acúmulo de desavenças, ela parece estar desenvolvendo alguns sintomas psiquiátricos. Hoje, aos 35 anos, com uma filha de 5 anos, Fernanda parece excessivamente medicada e, por vezes, até impregnada. Ela não foi estimulada de forma a adquirir autonomia, está dependente e vive sob o domínio da tia. O ex-marido, ao contrário, tem mais autonomia, tem seu próprio emprego e dá pensão de um salário mínimo para a filha. No entanto, é a tia quem monitora as

visitas do pai, determinando o dia e a hora em que ele pode ir vê-la.

Para refletir

Houve algum tipo de violência ou violação de direitos nessa história? Especifique.

Em sua opinião, quais são o limite e a possibilidade de atuação de um tutor?

O que deixou Fernanda vulnerável ao domínio de sua tia?

14.11 Texto para reflexão sobre a Cena 1 do caso Há interferências da tutora na vida de Fernanda?

Quando a mulher com deficiência tem poucas oportunidades de reduzir as desvantagens diante de sua deficiência, ela pode ficar à mercê de parentes ou do próprio marido, com chances reduzidas de autonomia.

Sabemos que a pessoa surda pode ser ajudada a desenvolver sua linguagem e a adquirir desenvoltura nos mais diversos campos da vida. No entanto, tendo ficado órfã na infância, Fernanda foi criada por uma tia materna que acabou não investindo seriamente na autonomia e no empoderamento da sobrinha. Ao contrário, tendo-a como dependente, a tia parece atuar como se pudesse dispor da vida de Fernanda a seu bel-prazer, considerando-a incapaz de tomar decisões e de gerenciar sua própria vida.

A liberdade de Fernanda é sistematicamente tolhida, as interferências da tia minam todas as possibilidades de uma vida autônoma, decisões cruciais são tomadas à revelia da sobrinha. O efeito desse processo na vida dessa mulher é enlouquecedor. O abuso de poder se faz presente de forma

contundente, embora sob o disfarce do cuidado e da proteção.

> É importante reforçar a capacidade de organização das pessoas com deficiência, favorecendo o diálogo, a cooperação e sua participação direta em todos os níveis de adoção de medidas, supervisão e avaliação das ações.

Esse caso nos ajuda a problematizar o papel do cuidador e a refletir sobre os limites e as possibilidades do tutor ao gerenciar a vida de pessoas com deficiência. Além disso, nos faz pensar sobre o medo dos profissionais para intervir em situações dessa natureza, o melindre de enfrentar a família e desmascarar a violência “invisível”, deixando Fernanda com a sensação de que seus pedidos de ajuda não são escutados, tampouco vistos. Sem uma escuta solidária, Fernanda fica aprisionada numa relação desigual e desorganizadora, com poucas chances de romper o ciclo da violência.

O não desenvolvimento das capacidades e competências das pessoas com deficiência os fragiliza e pode torná-los presas fáceis de uma dinâmica temperada pela violência. Por essa razão, os cuidados específicos voltados à pessoa com deficiência são fundamentais e também servem como fatores de promoção de saúde e prevenção contra a violência.

Para refletir

É inevitável pensar em uma escuta solidária. Como romper com o ciclo de violência ao qual Fernanda está aprisionada?
O que você faria nesse caso?
Quais seriam suas sugestões?

14.12 Deficiência, violência e fatores de risco

O estudo da violência afetando pessoas com deficiência ainda é um tema de debate recente no país. Nos países desenvolvidos, essa discussão já acontece há mais tempo.

14.12.1 Fatores de risco entre crianças e adolescentes

Estima-se que crianças e adolescentes com deficiência tenham 1,7 mais chance de serem submetidos a qualquer tipo de maus-tratos do que aqueles sem deficiência. Acreditava-se, inicialmente, que o estresse psicológico que envolvia o cuidado de uma pessoa com deficiência justificava maior prevalência de maus-tratos entre os pais.

Estudos mais recentes indicam que o estresse psicológico apenas não é fator suficientemente forte para promover situações de maus-tratos, e que a ocorrência da violência na família de pessoas com deficiência costuma estar associada, também, a pelo menos mais um fator de risco, como aspectos sociofamiliares ou socioambientais associados a maus-tratos infantis, e que configuram um perfil de "famílias multiproblemáticas" (GONZALVO, 2002).

Entre os fatores de risco sociofamiliares ou socioeconômicos estão: pobreza e falta de recursos socioeconômicos; isolamento social, marginalização e minoria étnica; família monoparental; drogadição; moradia deficiente ou falta de moradia; enfermidade física incapacitante, enfermidade psíquica, alcoolismo; delinquência e violência familiar; prostituição; mãe adolescente.

Os primeiros modelos de análise de maus-tratos infantil atribuíam grande valor etiológico às características psicológicas individuais (modelo psiquiátrico) e

socioeconômicas (modelo sociológico). Esses modelos analisavam os maus-tratos de um ponto de vista unilateral, generalizando aspectos isolados do problema sem estabelecer nenhuma correlação com outros tipos de fatores etiológicos.

Nas últimas décadas, vêm surgindo modelos do tipo psicossocial e sociointeracionista (modelos ecossistêmicos). Tais modelos procuram integrar os aspectos psiquiátricos, psicossociais, socioeconômicos, estruturais, culturais e ambientais, tanto individuais quanto familiares, concebendo o fenômeno dos maus-tratos como uma "disfunção do sistema pais-filhos-ambiente", e não como mero resultado de traços patológicos da personalidade parental, de um alto grau de estresse socioambiental ou de características particulares das crianças.

Resultados de um estudo retrospectivo transversal feito entre crianças e adolescentes que ingressaram em centros de acolhida em virtude de maus-tratos

Não se pode estabelecer uma relação clara entre o tipo de deficiência e determinadas formas de abuso, porém serão aqui relatados alguns resultados de um estudo retrospectivo transversal feito entre 1.115 crianças e adolescentes de 0 a 17 anos (de junho de 1991 a junho de 2001) que ingressaram em centros de acolhida na província de Saragoça (Espanha) em virtude de maus-tratos. Do total, 62 apresentavam deficiências; ou seja, 5,56%, uma prevalência inferior à esperada (estima-se que 10% da população infanto-juvenil em âmbito nacional e mundial apresentem alguma deficiência). Os resultados indicam que entre os tipos de deficiências que mais sofreram maus-tratos estão: deficiência mental (35,5%), múltipla deficiência (27,4%), deficiência física (25,8%) e deficiências sensoriais (11,2%). Entre os maus-tratos mais comuns, estão a negligência e o abandono (82,2%); 16,1% dos casos

sofreram outras formas de maustratos. A negligência predominou entre crianças e adolescentes com ou sem deficiência. A mãe foi a abusadora mais frequente (83,8%), seguida do pai (56,4%) ou de ambos os genitores (46,7%) (GONZALVO, 2002).

14.12.2 Fatores de risco entre maus-tratos e dificuldades de aprendizagem

1. Traumas repetidos na cabeça podem produzir distúrbios cognitivos e, como consequência, gerar dificuldades de aprendizagem.
2. Crianças com dificuldades de aprendizagem têm problemas para processar informações, são mais desatentas e hiperativas, estando mais sujeitas a formas abusivas de controle e a maus-tratos.
3. Ambientes de pouca estimulação, baixa condição socioeconômica e associados a maus-tratos podem produzir dificuldades de aprendizagem.

14.12.3 Fatores de risco entre mulheres

Mulheres com deficiência estão mais vulneráveis a serem vítimas de suas próprias famílias ou de seus parceiros íntimos, suscetíveis a diferentes tipos de abuso, incluindo o abuso sexual e o risco de infecção pelo HIV/Aids.

O isolamento de mulheres e famílias, a pobreza, o desemprego, a dependência dos parentes ou do cônjuge são fatores que aumentam o risco de violência entre as mulheres. As sequelas do abuso destroem a autoestima e expõem a mulher ao risco de sofrer de problemas mentais, depressão, fobia, tendência ao suicídio, consumo abusivo de álcool e demais drogas.

Outro fator de gênero relevante é o fato de as mulheres se afastarem do mercado de trabalho para cuidar das pessoas

com deficiência, das crianças pequenas e dos idosos. Com esse afastamento, há ausência de recolhimento de um sistema previdenciário entre mulheres em idade economicamente ativa e interrupção de uma carreira e/ou profissão, com impacto na renda familiar e no desenvolvimento social dela.

14.12.4 Fatores de risco entre homens

Homens com deficiência têm oportunidades de emprego limitadas, bem como uma formação educacional e profissional insuficientes. Aqueles que trabalham recebem salários inferiores a outros trabalhadores. A exclusão ou estreiteza de oportunidades conduz o homem com deficiência a se perpetuar numa situação de pobreza, com poucas possibilidades de quebrar o círculo vicioso. Eles também se encontram vulneráveis ao vírus HIV/Aids pela falta de informação ou por informações raramente adaptadas em linguagem de sinais ou em *braille,* no caso dos surdos e dos cegos, respectivamente.

14.12.5 Fatores de risco entre idosos

Embora o envelhecimento nem sempre seja acompanhado de deficiência, ele está associado a maior vulnerabilidade física e mental, condição que pode ser geradora potencial de violência. O idoso, ao apresentar uma ou mais deficiências, está sujeito a diferentes formas de violência, sendo as mais comuns a financeira, o uso de aposentadorias pela família e a desatenção de suas necessidades, culminando no abandono.

O idoso também está sujeito a maus-tratos físicos, precários cuidados higiênicos, má nutrição, vestuário inadequado, escaras. Estudos recentes sugerem que mulheres idosas, em situação de comprometimento cognitivo, físico e mental, estão em maior risco de maus-

tratos. Sem ter como se proteger e por culpa, é comum o idoso se sentir um “fardo” para os familiares.

A relação entre os tipos de deficiência e determinados fatores de risco pode ser vista no quadro a seguir.

Quadro 1 – Características e fatores de risco por deficiência

Características das deficiências	**Fatores de risco por deficiência**
A **deficiência física** é caracterizada por algum tipo de paralisia, limitações do aparelho locomotor, amputações, malformações. A **paralisia cerebral**, por uma ou mais lesões em diferentes áreas do cérebro, com modificações na fala, visão, audição e na organização motora, havendo em muitos casos preservação da inteligência.	**Deficiência física e paralisia cerebral** – as pessoas com limites físicos e ortopédicos têm mais risco de sofrer acidentes e quedas. O crescimento pode trazer maior sobrecarga aos cuidadores, acumulando estresse e irritabilidade aos cuidados diários. Há risco de negligência, negação das necessidades médicas e do trabalho de reabilitação, negligência dos cuidados gerais e risco de descontinuidades, em função dos muitos cuidadores.

Características das deficiências	**Fatores de risco por deficiência**
A **deficiência visual** se caracteriza por perdas visuais, parciais ou totais, após correções óticas ou cirúrgicas que limitem o desempenho normal. A **deficiência auditiva**, por perdas auditivas, parciais ou totais, após correções cirúrgicas ou uso de aparelho que limitem o desempenho normal.	**Deficiência auditiva e visual** – o limite de possibilidades de comunicação das pessoas com déficit de audição irá torná-las mais suscetíveis ao abuso físico e sexual, pela dificuldade em comunicar o ocorrido. Entretanto, a criança e o adolescente cegos ou mesmo com visão subnormal, pela tendência a conhecer o mundo através do tato, poderão estar suscetíveis ao risco de abuso sexual. A negligência também aparece como outra forma de maus-tratos presente nesse tipo de deficiência, principalmente pela falta de maneiras adaptativas de lidar com esse grupo, seja criando meios de vencer as barreiras de linguagem, seja encontrando mecanismos de vencer as barreiras da locomoção.

Características das deficiências	**Fatores de risco por deficiência**
A **deficiência mental** se caracteriza pela presença de retardo mental em diversos níveis, medidos por testes psicológicos ou pelo desempenho funcional, com um rendimento intelectual inferior à média e prejuízos nos padrões comportamentais esperados para a idade ou grupo cultural.	**Deficiência mental** – quanto maior for o nível de funcionamento global, maior é o risco de maus-tratos de qualquer tipo. Os que têm menor comprometimento possuem maior risco e representam 80% do total de deficientes. Os demais correm menos risco de sofrer abuso porque costumam ser mais dóceis e cooperativos. Os deficientes mentais, juntamente com aqueles que apresentam distúrbios na comunicação, são os mais vulneráveis a sofrer abuso sexual pela insegurança emocional e social, pela tendência a ter cuidadores por um tempo mais prolongado, pela falta de orientação sexual. As adolescentes e os adultos jovens com deficiência estão entre os mais vulneráveis ao abuso sexual. O mais frequente é a negligência física e emocional, seguido do abuso psicológico e/ou físico e, por último, do sexual.

Características das deficiências	**Fatores de risco por deficiência**
A **múltipla deficiência** se caracteriza por agrupar duas ou mais deficiências numa organização evolutiva ainda mais complexa, pelo efeito interativo de incapacidades e desvantagens.	**Múltipla deficiência** – risco de negligência, de abuso físico e abuso sexual, ou ainda de uma combinação de diferentes maus-tratos. Observa-se que os menos severamente incapacitados estão em maior risco de abuso do que os mais prejudicados. Aqueles cuja deficiência é mais leve geram mais expectativas e podem se tornar mais difíceis de manejar. Estudos mostraram que esse grupo tende a ser mais severamente abusado física e sexualmente, por um tempo mais prolongado. Os que possuem deficiência profunda são menos provocativos e agressivos, menos suscetíveis ao abuso.
O **autismo** se caracteriza como uma síndrome comportamental com alterações presentes nos primeiros anos de vida; apresenta desvios qualitativos na comunicação, na interação social e no uso da imaginação, gerando graves prejuízos sociais,	**Autismo e psicose infantil** – as pessoas com autismo e psicose infantil costumam ter sérias dificuldades de comunicação, comportamento e perturbação na interação social, com hiperatividade, problemas de sono e de alimentação, o que acarreta enorme estresse e desgaste para a família, colocando-as em risco de negligência, abuso psicológico e físico. É comum a manifestação de comportamentos bizarros e um olhar social crítico e intolerante codificado como “má educação”. Isso acentua na família o medo e a angústia diante dessas inadequações, e a vergonha ao se

Características das deficiências	Fatores de risco por deficiência
havendo deficiência mental associada ou inteligência quase normal ou normal por completo. A **psicose infantil**, por uma interrupção progressiva ou abrupta do desenvolvimento normal de uma criança marcada pela instalação de graves distúrbios de comportamento, havendo parada ou retrocesso do desenvolvimento.	considerar incapaz, havendo, assim, tendência ao isolamento em muitos casos. Essas crianças e adolescentes também apresentam o risco de se tornarem violentas e de exibirem comportamentos difíceis de manejar, necessitando de orientação e amparo para encontrar outras formas de comportamento mais adequadas ao convívio.

Características das deficiências	Fatores de risco por deficiência
O **dependente de tecnologia** se caracteriza pela presença de severa deficiência ou doença crônica, associada à dependência de serviços médicos que compensem funções vitais em função do uso de equipamentos, ou pela dependência de cuidados permanentes de enfermagem para evitar a morte ou deficiências futuras. Pode fazer uso de ventilação mecânica, traqueostomia, terapia do oxigênio, terapia intravenosa ou hemodiálise.	**Dependente de tecnologia** – essas pessoas, sejam crianças, adolescentes ou adultos, correm o risco de viver um período curto ou prolongado de suas vidas em hospitais, pela dependência de serviços médicos que compensem funções vitais em função do uso de equipamentos, ou pela dependência de cuidados permanentes de enfermagem para evitar a morte ou deficiências futuras. Podem fazer uso da ventilação mecânica, traqueostomia, terapia de oxigênio, terapia intravenosa e hemodiálise. Observa-se maior risco de ocorrência de abusos em casa – como no caso dos deficientes físicos –, embora situações de maus-tratos também possam ser observadas na equipe hospitalar pela repetição de condutas e procedimentos médicos e pela falta de humanização de algumas práticas cotidianas do ambiente hospitalar, a chamada violência institucional.

Fonte: Elaboração das autoras.

A dificuldade que algumas pessoas com deficiência têm para informar sobre o ocorrido pode prejudicar a identificação do problema, reduzindo as chances de uma

intervenção adequada que levasse à interrupção ou à prevenção da violência.

14.13 Cuidados específicos na área da deficiência

Segundo a Declaração de Madri (CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002), os cuidados específicos na área da deficiência são:

- A questão da mulher deficiente, que sofre múltipla discriminação.
- A necessidade de apoio a famílias com crianças e pessoas com deficiência profunda para favorecer a maior integração possível.
- Igualdade de acesso e participação a programas que desenvolvam autonomia.
- A garantia de acesso a serviços regulares de saúde, de educação, de formação e sociais, e a um conjunto de oportunidades disponíveis para as pessoas não deficientes, atendendo às necessidades dos diferentes grupos de deficiência.
- O acesso ao emprego no mercado regular de trabalho, mobilizando parceiros sociais e autoridades públicas.
- O reforço da capacidade de organização das pessoas com deficiência, favorecendo o diálogo, sua cooperação e participação direta em todos os níveis de adoção de medidas, supervisão e avaliação das ações.
- Estratégias de prevenção dos maus-tratos contra pessoas com deficiência.
- Alterar o modo como a cultura e a sociedade veem as pessoas com deficiência.
- Favorecer o contato entre crianças, adolescentes e jovens com e sem deficiência.

- Desenvolver habilidades e competências pessoais das pessoas com deficiência em estabelecimentos capazes de auxiliá-los de acordo com suas necessidades.
- Desenvolver uma perspectiva ecossistêmica para intervir nas situações de risco, considerando todas as dimensões envolvidas, do indivíduo à esfera microssocial.
- Oferecer à criança e ao adolescente em risco de violência, e à sua família, serviços adequados para o cuidado diversificado do leque de necessidades existentes.
- Capacitar os profissionais e os serviços para o diagnóstico e acompanhamento das situações-problema e para a construção de estratégias de cuidado da pessoa com deficiência e da família.
- Criar serviços de visita domiciliar para dar suporte, orientação e ajudar as famílias a encontrar um leque mais amplo de serviços públicos ou privados.
- Construir uma interação em rede entre os vários serviços nas áreas da saúde, habilitação, reabilitação, assistência social, educação, assistência jurídica etc.

14.14 Referências

AMARAL, R.; COELHO, A. C. Nem santos nem demônios: considerações sobre a imagem social e a auto-imagem das pessoas ditas “deficientes”. *Os Urbanistas*, v. 1, n. 0, 2003. Disponível em: http://www.aguaforte.com/antropologia/deficientes.html. Acesso em: 5 maio 2004.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. Committee on Child Abuse and Neglect and Committee on Children with Disabilities. Assessment of maltreatment of children with disabilities. *Pediatrics*, Elk Grove Village, v. 108, n. 2, p. 508-512, 2001.

AMIRALIAN, M. L. T. *et al*. Conceituando deficiência. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 97-103, fev. 2000.

ARAUJO, Luiz Alberto David; COSTA FILHO, Waldir Macieira da. O Estatuto da Pessoa com Deficiência - EPCD (Lei 13.146, de 06.07.2015): algumas novidades. *Revista dos Tribunais*, São Paulo, v. 962, p. 65–80, dez. 2015.

BRASIL. [Constituição (1988)]. *Constituição da República Federativa do Brasil*: promulgada em 5 de outubro de 1988. 21. ed. atual. até a Ementa Constitucional n. 20, de 15 dez. 1998. São Paulo: Saraiva, 1999.

BRASIL. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência – CORDE. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 out. 1989.

BRASIL. *Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003a. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. *Manual de legislação em saúde da pessoa portadora de deficiência*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003b. (Série B. Textos básicos da saúde).

CAVALCANTE, F. C. *Pessoas muito especiais*: a construção social do deficiente e a reinvenção da família. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAVALCANTE, F. C. *et al*. Violência contra pessoas com deficiência. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no Século XXI*: visão da literatura brasileira do campo da saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017. cap. 17.

COMISSÃO EUROPÉIA DE AUTISMO. *Manual de boas práticas para a prevenção da violência e dos abusos em relação às pessoas autistas*. Rio de Janeiro: FPA, 2000.

CONGRESSO EUROPEU DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, 2002, Madri. *Declaração de Madri*. Madrid: [*s. n.*], 2002. Disponível em: http://minerva.pgt.mpt.gov.br/publicações/pub65.html. Acesso em: 15 abr. 2006.

FERREIRA, L. A. M. A inclusão da pessoa portadora de deficiência e o Ministério Público. *Justiça*, [*s. l.*], v. 63, n. 195, p. 110-117, 2001.

FILIPPINI, M. *et al*. *Infância, deficiência & violência*. Bologna: AIAS, 2004. Brochura publicada em cinco línguas diferentes com o apoio da Comissão Européia no Âmbito do Programa Daphne.

GOLDSON, E. Maltreatment among children with disabilities. *Infantsand Young Children*, New York, v. 13, n. 4, p. 44-54, 2001.

GONZALVO, O. G. Maltrato en niños com discapcidades: característica y factores de riesgo. *Anales Españoles de Pediatria*, Madrid, v. 56, n. 3, 2002.

GONZALVO, O. G. Qué se pude hacer para prevenir la violência y el maltrato de los niños con discapacidades? *Anales de Pèdiatria*, Barcelona, v. 2, n. 62, p. 153-157, 2005.

IBGE. *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*: síntese de indicadores 2004. Rio de Janeiro: IBGE, 2005. Disponível em: http://www.ibge.gov.br. Acesso em: 24 nov. 2008.

NÉRI, M. (org.). *Retratos da deficiência no Brasil*. Rio de Janeiro: FEG/IBRECPS, 2003.

OLIVEIRA-FORMOSINHO, J.; ARAÚJO, S. B. Entre o risco biológico e o risco social: um estudo de caso. *Educação e Pesquisa*, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 87-103, jul./dez. 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *Declaração dos direitos do deficiente mental*. [Washington, DC]: ONU, 1971. Disponível em: http://www.ama.org.br/declaração dos direitos dfm.htm. Acesso em: 24 nov. 2008.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *A ONU e as pessoas com deficiência*. Brasília, DF: Nações Unida, [2019]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/acao/pessoas-com-deficiencia/. Acesso em: 1 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial sobre a deficiência*. São Paulo Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44575/9788564047020_por.pdf;jsessionid=B0F91328B9167BEA875E8E8A7FD59E98?sequence=4. Acesso em: 30 ago. 2015.

PFEIFFER, L. Portadores de deficiência e de necessidades especiais. *In*: LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 117-133.

RESENDE, A. P. C.; VITAL, F. M. P. *A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência comentada*. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2008.

SASSAKI, R. K. *Inclusão*: construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

SILVA, R. Violência institucional: o difícil diagnóstico de saúde de suas vítimas. *In*: LIMA, C. A. (coord.). *Violência faz mal à saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 125-133.

THARINGER, D.; HORTON, C. B.; MILLEA, S. Sexual abuse and exploitation of children and adults with mental retardation and other handicaps. *Child Abuse &Neglect*, Aurora, v. 14, p. 301-312, 1990.

WILLIAMS, L. C. A. Sobre deficiência e violência: reflexões para uma análise de revisão da área. *Revista Brasileira de Educação Especial*, Marília, v. 9, n. 2, p. 141-154, jul./dez. 2003.

15. Trabalhadores da saúde e educação: lidando com violências no cotidiano

Suely Ferreira Deslandes, Renata Pires Pesce, Cristiane Batista Andrade

Neste capítulo, apresentamos casos de violência contra crianças, adolescentes e adultos com deficiência, ressaltando a importância da promoção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência e com necessidades especiais.

Abordamos, também, a situação de vulnerabilidade à violência dos trabalhadores que, de formas distintas, podem ser submetidos a violências no trabalho, sofrer humilhação, assédio e demais formas de violência psicológica. Não raro, podem ser alvo de agressões. São também, comumente, vítimas das variadas formas de acidentes de trabalho.

Trabalhamos com algumas formas de violência que atingem duas categorias profissionais que, além de estarem muitas vezes expostas a situações de violência nos ambientes e comunidades em que trabalham, também lidam com as variadas formas de violências que a sua clientela sofre.

Numa ampla e complexa dinâmica, profissionais da saúde e da educação podem, ao mesmo tempo, ser alvo de violências, cuidar ou lidar com as vítimas da violência e, até mesmo, ser autores de violências institucionais contra a população que atendem.

Apresentamos situações vividas por esses profissionais, textos para reflexão sobre o caso e indicações de leituras relativas ao tema.

Para ampliar seu conhecimento sobre o tema da violência no processo de trabalho, leia os artigos:

- "A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho", de Luiz Carlos Brant e Carlos Minayo-Gomez (2004).
- "Violência no trabalho", de Carlos Minayo Gomez (2017).
- "Violência na escola sob a ótica da produção em saúde", de Njaine *et al.* (2017).
- "Violência relacionada ao trabalho", de Roberval Passos de Oliveira e Mônica de Oliveira Nunes (2008).

15.1 Trabalhadores da saúde

Caso Um dia no hospital

Cena 1

Dona Maria de Lourdes estava descabelada, de chinelo e com o vestido todo amarrotado. Foi o que conseguiu colocar na hora do desespero. Estava cansada e seu nervosismo era tanto que achava que o coração não ia aguentar. Seu Aílton, o marido, estava ao seu lado, mas não falava nada. Apoiava a mão no seu ombro, com o olhar vazio. Ela estava dentro de uma ambulância, segurando com força a hemorragia que saía do peito de seu filho. “Meu Deus, o garoto está branco como folha de papel”, ela murmurava.

A ambulância parou na porta do hospital. Dona Lourdes segurou a respiração. Será que aqui vão atender o garoto? Esse já era o segundo hospital em que eles paravam. No outro não havia cirurgião. “Como é que o hospital não tem cirurgião? Não deram nem explicação direito. Isso foi há quase meia hora, será que ele vai resistir?”, pensava de forma embaralhada. De repente a porta abriu, e o motorista falou com voz firme: “Vamos ver se aqui atendem”.

Cena 2

O plantão estava sempre lotado. Naquele dia estava mais agitado ainda, porque um ônibus havia batido e chegaram, de repente, vinte pessoas para serem atendidas. Seu cansaço estava acumulado, não tinha dormido nada na noite anterior. O calor no saguão da emergência era insuportável, pois todo o sistema de ventilação estava quebrado. Pensava com seus botões: “Uma das salas do centro cirúrgico em obras, profissional de férias e até linha de sutura está faltando, isso vai acabar dando complicações”. Mas logo lembrava que, afinal, era apenas um residente, então

era melhor ficar calado e trabalhar da melhor maneira possível.

Marcos tinha uma leve dor de cabeça e se sentia meio zonzo. “Acho que está na hora de tomar um café bem forte”, pensava. Atravessava a entrada lateral e já ia para cantina tomar o tal café quando a ambulância chegou: “Doutor, doutor! ”.

Cena 3

Marcos suspira e responde: “O que você está trazendo aí?” O motorista, prontamente: “baleado”. Marcos estica o pescoço e vê a hemorragia. Imediatamente pensa no plantão lotado, na única sala de cirurgia que está funcionando para todos aqueles acidentados. Dona Lourdes rapidamente repete a explicação que dera antes: “Foi bala perdida, doutor, estava indo para o curso quando isso aconteceu”. Marcos, sem perceber, resmunga: “É... sempre a mesma história, tudo é bala perdida”. Balança a cabeça e se vira para dona Lourdes: “Olha, dona, não sei se aqui vai dar para atender não, posso fazer alguma coisa para melhorar a situação do rapaz...”. Nem terminou a frase e sentiu o peso do corpo daquele senhor contra o seu. Já no chão, seu Aílton esmurrava a cabeça de Marcos contra o cimento. Em total destempero, seu Aílton gritava: “Vocês vão matar meu filho, eu pago imposto! ”.

Para refletir

Que tipos de violência você identifica nesse caso?

Quais as violências sofridas e praticadas pelo profissional da saúde?

Quais das condições de trabalho são desfavoráveis ao atendimento do rapaz baleado?

Na sua opinião, como o trabalho daquele serviço de saúde deveria ser organizado para prestar melhor atendimento às vítimas de violência?

Como o trabalho daquele serviço de saúde deveria ser organizado para prestar maior suporte ao profissional?

15.2 Profissionais da saúde: a dinâmica e delicada relação entre sofrer violências e praticá-las

Pessoas que foram vítimas de acidentes e violências e precisam de algum cuidado de saúde são uma realidade muito presente no dia a dia dos serviços de saúde já há algum tempo. Todos os tipos de acidentes (de trânsito, de trabalho, domésticos etc.) e de violências (agressões, tentativas de suicídios, violências domésticas contra crianças e adolescentes, violências conjugais, entre outras) fazem centenas de vítimas diárias nas grandes cidades.

Se uma parte dessas pessoas, por medo, vergonha ou falta de recursos, não procura os serviços de saúde, outra parte muito significativa recorre aos serviços públicos, requisitando cuidados médicos, suporte social, acompanhamento psicológico e orientação sobre seus direitos.

Essa demanda é cada vez maior e é tão complexa que exige da área da saúde uma atuação em parceria com outros setores (judiciário, defesa de direitos, educação, segurança pública, entre outros). Mas exige muito também do profissional que atende essas pessoas.

Cuidar de pessoas que foram vítimas de atos violentos – e muitas vezes chegam entre a vida e a morte – não é tarefa fácil. Além dos desafios técnicos – cuidar de alguém que pode chegar em condições muito graves –, os profissionais também veem seus sentimentos e seus valores morais e éticos afetados. Não raramente a revolta e o sofrimento que esse tipo de atendimento gera no profissional da saúde são bastante intensos.

Com quais recursos esse profissional conta para lidar com tais situações? O profissional, geralmente enfrenta extensa jornada de trabalho, correndo de um serviço para o outro, a fim de complementar sua renda. Sabe-se que médicos e enfermeiras trabalham, em média, em dois ou três lugares.

Além do gasto de energia, enfrentam ainda condições de trabalho precárias, precisando improvisar para realizar o atendimento. Tentam criar o possível e o impossível em um cenário em que podem até ser responsabilizados por erro, má conduta e negligência, quando é o próprio serviço que não lhes dá o apoio necessário para trabalhar adequadamente. Esse quadro configura o que alguns autores que estudam a psicodinâmica do trabalho chamam de “pressão por trabalhar mal”; isto é, o trabalhador sabe o que deve fazer, tem competência para tal, mas não pode realizar bem suas atividades porque não conta com as condições técnicas e relacionais condizentes. Levando-se em conta a rotatividade de profissionais em algumas unidades, o tamanho reduzido das equipes e os arranjos de carga horária, o profissional que está à frente do atendimento se vê diante de uma demanda de atendimentos geralmente grande.

Os serviços que atendem 24 horas (prontos-socorros e emergências, por exemplo) são constantemente procurados por muitas pessoas que acabam preferindo buscar essa porta de entrada por terem dificuldade de acesso às unidades básicas ou mesmo por acreditarem que lá o atendimento será mais resolutivo. Isso gera um número considerável de atendimentos por dia, fazendo com que a equipe, por vezes, diminua o tempo da atenção dispensada ao paciente, tentando agilizar a fila. Tal procedimento pode levar a um atendimento impessoal que não favorece o acolhimento e a escuta dos pacientes, o que é fundamental no caso das vítimas de violências.

Outro motivo de grandes aborrecimentos dos profissionais é a falta de comunicação e articulação dos setores que

compõem uma mesma unidade hospitalar. Se o fluxo de entrada dos pacientes é grande e ininterrupto, o de saída é muito mais lento. Por vezes, a espera do resultado de um exame simples para apoiar o diagnóstico ou acompanhamento do caso leva um tempo enorme. A "obtenção de vagas" num leito das enfermarias geralmente é apontada pelos profissionais como um problema que gera conflitos.

Na realidade institucional, muitas vezes o profissional também fica insatisfeito porque o gestor nem sempre o escuta, impondo procedimentos e rotinas sem consultá-lo. Muitos se ressentem porque nem sempre a ordem institucional monitora adequadamente os desempenhos dos profissionais, premiando ou punindo indevidamente, não empregando critérios claros, justos e equitativos para avaliar o trabalho realizado nos diferentes setores da unidade. A "falta de esperança de reconhecimento" é outra condição apontada como responsável pelo sofrimento dos profissionais.

Todas essas situações podem levar o profissional a um real desgaste emocional, físico e mental, que prejudica sua saúde, caso perdure por algum tempo. Assim, é possível entender os mecanismos de defesa que muitos profissionais desenvolvem para sofrer menos. Essas defesas vão desde tratar o paciente de forma impessoal até não permitir qualquer envolvimento emocional com as situações apresentadas.

Como num processo de banalização do mal, anestesiando os profissionais diante das condições que os tornam insatisfeitos com seu trabalho, alguns se tornam frios e perdem os laços de empatia com a dor e o sofrimento de seus pacientes. Situações de despersonalização do paciente e, até mesmo, de extrema rudeza e humilhação muitas vezes são denunciadas por usuários do sistema público de saúde (BRASIL, 2004).

Em contrapartida, a relação com os pacientes também pode constituir uma fonte de conflitos ou mesmo de violência que ameaça os profissionais da saúde. Os usuários, mesmo em situação grave, nem sempre são informados, acolhidos e atendidos com dignidade. Muitos nem sequer conseguem ser atendidos diante da alegação de que falta este ou aquele especialista, que determinado aparelho está quebrado, ou que o centro cirúrgico não está em condições adequadas. Vão batendo de porta em porta, o que gera inegável sofrimento e ansiedade, além de risco à vida daquele paciente.

Longas e demoradas filas, profissionais que nem sempre estão acessíveis no setor, falta de informações sobre o estado de saúde do paciente, além de um tratamento frio ou rude levam a um considerável desgaste do paciente e de seus familiares. Não raro, essas pessoas revidam, gritam, xingam, exigem o que lhes é potencialmente seu como direito. Personalizam a raiva que sentem pela situação de descaso na figura deste ou daquele profissional.

A violência contra profissionais dos serviços de emergência é bastante destacada pela literatura. Pesquisas revelam que o profissional que trabalha nesse setor, por exemplo, é alvo de várias formas de violência por parte dos usuários, desde agressão verbal até física. Muitos profissionais chegam a ter medo de serem vítimas de uma “emboscada” nos horários de entrada e saída do serviço, evidenciando que a comunicação institucional com os pacientes se apresenta de forma muito precária.

Pesquisa que resgata o depoimento de profissionais (DESLANDES, 2002) indica os principais motivos de conflitos e mesmo de violências por parte dos pacientes e familiares em relação aos profissionais:

a. **o paciente espera muitas horas pelo atendimento**, às vezes vindo de verdadeira peregrinação de outros serviços;

b. **o familiar quer que seu parente seja atendido prontamente por ser “especial”** – funcionários do próprio hospital, policiais, políticos e mesmo os bandidos da comunidade se destacam neste tipo de exigência;
c. **o paciente acha que o atendimento foi feito com descaso**, depois de ter tido tantas dificuldades para conseguir ser atendido;
d. **familiar em situação de estresse pela iminência de morte de parente.**

Muitas vezes estão em linhas de confronto, população e profissionais, mas ambos sofrem e praticam violências. Os usuários sofrem a violência maior de não encontrar amparo à sua dor, de não ter a certeza de poderem ser atendidos, além da violência simbólica de receber um tratamento que pode ser impessoal ou mesmo humilhante. Os profissionais se tornam, com seus corpos e mentes, alvo da revolta daqueles que ousam exigir uma resposta imediata para tanto sofrimento e descaso. Contudo, não podemos esquecer que nesse jogo de relações o profissional pode deter o poder de vida e morte.

Diante disso, percebe-se que o profissional da saúde também precisa de apoio para atender às vítimas de acidentes e violências. Precisa estar capacitado para atender aos desafios técnicos de salvar e cuidar de pessoas que sofrem o poder destruidor da violência. Necessita também de apoio emocional para trocar experiências e aliviar as angústias que esse tipo de atendimento pode causar e, sobretudo, de suporte institucional, por parte da gestão daquela unidade de saúde, para fortalecer mecanismos de diálogo e de humanização do atendimento, evitando os embates violentos de que são alvos. Além disso, o atendimento às vítimas precisa estar integrado de forma estrutural, do pré-hospitalar à reabilitação, com um sistema de referências eficaz, evitando as buscas infrutíferas por vagas, as incapacidades e mortes dos pacientes.

15.3 Trabalhadores da educação: contextualizando o problema que os educadores vivenciam

Caso Joana

Joana, uma professora da segunda série do ensino fundamental, sentiu falta de seu telefone celular. Na hora do recreio, duas alunas chamaram a professora e disseram que viram Alexandre, um colega de turma, pegando o telefone na bolsa de Joana e colocando-o na mochila.

Quando os alunos retornam à sala de aula, a professora chama o menino e diz para todos ouvirem: "Então quer dizer que agora temos um ladrãozinho na nossa sala. Quero que você pegue agora o meu telefone e devolva na minha mão".

O menino, chorando muito, diz que não pegou o celular. Joana diz para ele devolver, se não falará com a diretora para que seja expulso da escola. Alexandre, ainda chorando muito, devolve o telefone para a professora, que o leva para conversar com a diretora e a orientadora pedagógica da escola. O menino pede desculpas e diz que seu padrasto pediu para ele pegar o telefone da professora emprestado.

A mãe de Alexandre foi chamada na escola e disse que Alexandre é constantemente agredido e ameaçado pelo padrasto, especialmente nos dias em que o homem chega alcoolizado em casa.

Caso Ana

Ana dá aula em uma escola particular na parte da manhã e em uma escola pública, no turno da tarde. Depois de uma manhã de trabalho, Ana chega à escola e vê que está fechada por ordem do tráfico de drogas da

região, situação que permaneceu durante mais três dias.
Na semana seguinte ainda havia poucos alunos em sala de aula. Apenas no decorrer da outra semana a turma voltou a frequentar as aulas novamente. No entanto, a professora percebeu que uma menina, que era assídua e muito boa aluna, não havia retornado. Ana pediu à direção que entrasse em contato com a família para saber o motivo de suas faltas. Descobriram que o pai da menina tinha sido morto em um dos tiroteios entre integrantes da polícia e do tráfico de drogas que haviam ocorrido no período em que a escola permaneceu fechada.
Quando a menina retornou às aulas, a professora percebeu que ela ainda estava muito triste e que seu rendimento escolar estava caindo.

Para refletir

Que tipos de violência estão presentes nos casos descritos?
Que atitudes os educadores envolvidos e a direção da escola poderiam tomar em relação aos casos?
Que serviços poderiam ser acionados para apoiar os alunos envolvidos ou o que poderia ser feito daqui para frente?
Como os profissionais da educação absorvem esse cotidiano de trabalho em suas vidas pessoais e como isso interfere nas condições de vida e saúde deles?

15.3.1 Texto para reflexão sobre os casos Joana e Ana

A escola é um espaço importante para refletir questões que envolvem crianças e jovens, pais e filhos, educadores e educandos, e as relações que se dão na sociedade. Ela é

também reconhecida como espaço de defesa de direitos desses cidadãos. O artigo 56 do Estatuto da Criança e do Adolescente refere que os dirigentes das unidades de ensino fundamental estão comprometidos com a denúncia ao Conselho Tutelar quando suspeitados ou confirmados casos de maus-tratos envolvendo seus alunos. É também um espaço de ação para profissionais da saúde, especialmente aqueles envolvidos com a saúde escolar (BRASIL, 2003).

Da mesma forma que a escola tem o papel de socialização, promoção da cidadania, formação de atitudes e opiniões, ela pode ser um espaço de reprodução de desigualdades. Hoje, a vulnerabilidade social e o aumento das dificuldades cotidianas, tanto internas à escola (problemas de gestão e as próprias tensões no ambiente escolar) quanto externas (exclusão social, crise e conflito de valores, desemprego), têm resultado em mudanças consideráveis para a instituição escolar.

O que mudou no cenário da violência na escola nos dias atuais?

Primeiro, as formas de violência que acontecem na sociedade parecem mais graves (homicídios, estupros, agressões com armas) e muitas das fontes de tensão na escola estão ligadas ao próprio estado da sociedade e do bairro, que alcança o espaço escolar. Também os ataques e insultos a professores não são raros e os adolescentes que cometem violência são mais jovens, o que gera preocupação quanto ao seu futuro.

A escola não é mais um lugar protegido, e sim aberto às agressões vindas de fora, fato que leva alunos, professores, diretores e funcionários a se sujeitarem a permanentes ameaças, uma expectativa diante do que pode vir a ocorrer, especialmente em locais com história de violência.

Alunos se sentem incompreendidos e, por outro lado, professores sentem-se ameaçados e desrespeitados, o que torna difícil o diálogo mútuo. As relações, que deveriam ser de confiança, tornam-se cada vez mais distantes, e a relação

aluno-professor passa a ser um dos grandes problemas existentes na escola. A consequência direta desse mal-estar é a queda na qualidade do ensino e da aprendizagem.

Estudos no Brasil vêm mostrando que a violência na escola está associada diretamente às violências que são perpetradas naquele território e no interior das famílias e é muito agravada pelas condições estruturais de pobreza e privação. Tiroteios cada vez mais comuns nos bairros populares e favelas, uso de armas de fogo dentro da escola e presença de traficantes na comunidade são fatores que afetam tanto o rendimento escolar do aluno – levando-o a afastar-se ou a abandonar a escola –, quanto os professores, que vivem sob tensão e desmotivados diante do quadro de violência. Além disso, aos olhos dos alunos, a possibilidade de trabalho no tráfico ou em outros crimes pode diminuir a importância da escolarização, que, muitas vezes, é desacreditada em relação ao seu papel de formar cidadãos competentes para o futuro.

Muita atenção também deve ser dada à questão das práticas de ensino cotidianas, que muitas vezes estão vinculadas a formas de dominação e desigualdade. A escola é também lugar privilegiado de exercício da violência institucional, uma forma de violência simbólica caracterizada por abuso de poder e uso de símbolos de autoridade. Os educadores, muitas vezes, utilizam práticas de discriminação e marginalização, sendo também agentes da violência na escola. A professora Joana (caso 1), ao estigmatizar Alexandre como "ladrãozinho", na frente da turma, está dando condições para que esse aluno se sinta excluído da sociedade.

Nesse contexto, precisamos perceber que os profissionais da educação podem atuar como vítimas e como agentes de violência na escola.

Segundo Charlot (2002), os sociólogos franceses analisam a violência escolar da seguinte forma:

violência na escola, à escola e da escola.
Por “violência na escola” entende-se aquela produzida dentro dos muros escolares, independentemente de sua ligação às atividades das instituições. Porém, há de se indagar por que a escola, antes poupada dessas ações, hoje serve como palco para a violência extramuros.
Já a “violência à escola” tem uma íntima ligação com as atividades e o processo educativo, pois são a instituição e aqueles que a representam os principais alvos desse tipo de violência (depredações, ameaças aos professores, violência física entre pares, *bullying*). Para melhor análise dos fatores condicionantes a esse tipo de violência, é importante entender a “violência da escola”.
A “violência da escola” trata da violência institucional simbólica, que se estabelece por uma relação desigual de poder, mascarada pelo autoritarismo do processo educativo.

15.3.2 Educadores como vítimas da violência

Um dos aspectos da violência sofrida por educadores é a violência estrutural refletida na desvalorização social e no empobrecimento do professor. Merece destaque o fato de que as mudanças e novas demandas no quadro educacional não vêm acompanhadas de políticas educacionais que tornem os educadores capazes de enfrentar os novos desafios da dinâmica escolar.

A má remuneração, as precárias condições de trabalho, a necessidade de jornadas duplas e triplas de trabalho e a ausência de reciclagem na formação pedagógica são fatores que geram baixa autoestima e desânimo nos professores, que se sentem cada vez mais desrespeitados e despreparados para lidar com os problemas que surgem em sala de aula, especialmente questões relacionadas à

violência. Sem eximir a responsabilidade individual dos educadores, acredita-se que todos esses problemas, ao lado do baixo investimento do Estado no setor educacional, mereçam ser considerados obstáculos para uma educação de qualidade.

Professores de escolas que se situam em bairros com história de violência reclamam com frequência de alunos agressivos, desafiadores e que lhes faltam com o respeito. Como a escola pertence àquela comunidade, é comum que haja reflexo da violência perpetrada nas ruas também dentro da escola. Atos de vandalismo e depredações, e alunos portando armas de fogo dentro da escola têm sido uma prática mais comum hoje.

Além dos perigos vivenciados dentro do espaço escolar, os educadores também se sentem violentados pelos conflitos que muitas vezes existem nas redondezas da escola, como, por exemplo, atos criminosos e conflitos entre facções, relacionados ao tráfico de drogas. Outra grande preocupação dos educadores tem sido a violência familiar sofrida pela criança e pelo adolescente; apesar de estar localizada fora dos muros escolares, interfere significativamente no cotidiano escolar. Esse tipo de violência manifesta-se nas formas de agressão física, psicológica e sexual. Cada vez com mais frequência, educadores deparam-se com crianças visivelmente machucadas e/ou perturbadas, situação sempre complicada para os professores e diretores da escola, que muitas vezes não sabem ou têm dificuldades pessoais ou sociais para agir sobre o problema.

Portanto, não é possível desvincular a violência do tripé comunidade-família-escola, pois jovens que vivem violência acentuada, tanto dentro quanto fora de casa, estão mais sujeitos a refletir essas vivências na escola sob a forma de baixo rendimento escolar, agressividade contra colegas e professores, depressão ou outros prejuízos psicológicos. Da mesma forma que a família e a comunidade podem agravar

a violência, também podem atenuá-la. Estudos vêm sugerindo que os efeitos da violência na comunidade podem ser amenizados quando os jovens pertencem a famílias cujos relacionamentos são mais afetuosos e que lhes oferecem maior apoio e segurança (ASSIS; PESCE; AVANCI, 2006).

15.3.3 Educadores como agentes da violência

A violência simbólica é menos visível e comum no dia a dia da escola. Pode ser observada quando alunos relatam que alguns professores têm dificuldade de dialogar com eles, humilhando-os, ignorando seus problemas ou tratando-os mal. Algumas vezes educadores chegam a agredir verbalmente os alunos com nomes pejorativos.

Infelizmente, educadores podem ser importantes agentes de violência simbólica ou institucional, tipo de violência que exclui, domina e destrói psicologicamente por meio da linguagem ou da própria postura que eles assumem diante dos alunos. Zaluar e Leal (2001) ressaltam que o aluno de classe menos favorecida está frequentemente exposto à violência psicológica, manifestada nos processos de avaliação e nas formas de interação estabelecidas entre diretores, professores, funcionários, alunos e responsáveis.

Portanto, a forma como a escola e os professores vêm tratando os alunos pode desencadear problemas de baixa autoestima que se manifestam na forma de desinteresse, apatia ou atitudes agressivas. A situação é agravada quando esse aluno já sofre frustração, privação e violência fora da escola.

Outra forma de violência cujos educadores podem possibilitar a ocorrência refere-se à banalização da violência na escola, que ocorre quando os educadores e a direção têm dificuldade em definir episódios como empurrar, morder, xingar, gritar, revidar agressões como atos de violência.

A normalização crescente da violência muitas vezes está presente na própria educação que o professor teve e que continua a proporcionar a seus filhos. Além disso, a constância dos acontecimentos violentos favorece a banalização desses atos, que passam a ser menos sensíveis para professores e alunos. Por exemplo, vivenciar a violência frequentemente dentro de casa contribui para que os alunos considerem normais esses atos, que tendem a ser reproduzidos. Isso acontece também com professores, que, por presenciarem regularmente cenas de agressividade e falta de respeito, passam a banalizá-las e legitimá-las como acontecimentos corriqueiros e arraigados na prática educacional. A mídia também pode contribuir para a normalização de atos violentos, na medida em que reproduz essas situações sem uma visão crítica e preventiva.

Contribuir para mudar a cultura da violência, já tão arraigada, para uma cultura de paz, calcada na solidariedade e no respeito às diferenças é a ação mais básica e a mais desafiadora de um educador.

15.4 Assédio moral no trabalho

Outra forma de violência vivida pelos profissionais da saúde e da educação é o assédio moral. Essa forma de violência pode estar no cotidiano de trabalho dos profissionais, causando sofrimentos e adoecimentos, que podem levar ao afastamento do trabalho por um período longo de tempo.

O assédio moral no trabalho (ou *bullying)* é caracterizado por relações profissionais perversas e abusivas que colocam em risco a saúde física e emocional dos/as trabalhadores/as. Nesses casos, é comum haver:

- a recusa de comunicação, o uso de palavras depreciativas, comentários desrespeitosos,

disseminação de fofocas, desprezo, relações de trabalho hostis;
- abusos de poder, perseguições, discriminações, humilhações, agressões verbais;
- controle das atividades desempenhadas pelo trabalhador(a) e também das informações do ambiente de trabalho;
- desqualificação dos saberes e ações das pessoas, indução ao erro, menosprezo das atitudes e do trabalho feito pela pessoa, atitudes de isolamento;
- retirada ou intensificação de tarefas, mudanças de horários e/ou materiais de trabalho sem aviso antecipado ao trabalhador(a);
- proibição de conversar com os colegas de trabalho, designação de tarefas pouco interessantes; dentre outros.

O assédio moral pode ocorrer entre os profissionais de um mesmo nível de formação, da chefia com seus funcionários e vice-versa. Os(as) trabalhadores(as) que estão sofrendo com esse tipo de violência podem desenvolver:

- depressão, crises de ansiedade, estresse, dores de cabeça constantes, cansaço, ideação suicida, distúrbios do sono, e outros;
- sentimentos de humilhação, vergonha, medo, choro, receio de perder o emprego, vontade de desistir do trabalho que realiza.

15.5 Assédio sexual no trabalho

O assédio sexual também acomete os profissionais da saúde e da educação, principalmente as mulheres. Pode ocorrer tanto com os trabalhadores(as) e seus colegas, como entre as chefias e os trabalhadores(as). É possível a

ocorrência entre os trabalhadores(as) e as pessoas que convivem no mesmo ambiente de trabalho, como usuários e familiares de unidades de saúde, comunidade escolar etc.

Ele tem como características os comportamentos verbais e/ou físicos de caráter sexual indesejados que colocam os trabalhadores(as) em situações de constrangimentos, medo, insegurança e violam o direito a um trabalho digno e saudável.

No Brasil, o assédio sexual por chantagem é crime, de acordo com a Lei n. 10.224 de 2001, com pena prevista de um a dois anos de detenção (BRASIL, 2001). É importante dizer que não é necessário o contato físico para caracterizar o assédio sexual. É comum a ocorrência de:

- conversas, insinuações, piadas e comentários de caráter sexual sem a permissão da pessoa;
- contato físico não desejado, como abraçar, beijar, acariciar sem o consentimento da pessoa;
- solicitação de favores e chantagens sexuais;
- pressão para marcar encontros;
- envio de cartas, bilhetes, presentes, e-mails, filmes, músicas ou mensagens de celular de cunho sexual;
- comportamentos e atitudes para prejudicar o trabalho, caso haja a recusa do assédio sexual por parte do trabalhador(a).

O assédio sexual no trabalho é uma das formas de violência de gênero e, como tal, pode interferir na vida privada e profissional, já que acomete a saúde com problemas de depressões, crises de ansiedade, desânimos, dores de cabeça, medo, culpabilização pela violência sofrida, influências na vida sexual e familiar, humilhações etc.

15.6 O que fazer diante dessas violências?

As ações para o enfrentamento do assédio moral e sexual no trabalho incluem programas de prevenção e conscientização, bem como atendimentos de trabalhadores(as) que estejam vivenciando essas violências. Segundo a Organização Internacional do Trabalho (OIT), é importante:

- estimular a criação de estratégias de atendimentos e de reconhecimento dos casos, dando suporte e apoio às pessoas;
- realizar programas de conscientização da gestão do trabalho diante desse problema, com medidas de prevenção e avaliação dos casos, sem que haja exposição das pessoas;
- proporcionar maneiras de registrar as queixas e/ou reclamações de modo sigiloso;
- garantir todas as formas de preservação da vida e da dignidade humana nas relações de trabalho;
- estimular ações governamentais e sindicais para o enfrentamento do assédio moral e sexual (ANDRADE; ASSIS, 2018; HIRIGOYEN, 2011; ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO, 2014, 2017).

15.7 Referências

ABRAMOVAY, M. *Escola e violência*. Brasília: UNESCO: UCB, 2002.

ANDRADE, C. B.; ASSIS, S. G. Assédio moral no trabalho, gênero, raça e poder: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, v. 43, p. 1-13, 2018.

Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbso/v43/2317-6369-rbso-43-e11.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.

AQUINO, J. G. A violência escolar e a crise da autoridade docente. *Cadernos CEDES*, Campinas, v. 19, n. 47, p. 7-19, 1998.

ASSIS, S. G.; PESCE, R. P.; AVANCI, J. Q. *Resiliência*: enfatizando a proteção dos adolescentes. Porto Alegre: Artmed, 2006.

BRANT, L. C.; MINAYO-GOMEZ, C. A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 213-223, 2004.

BRASIL*. Lei n. 10.224, de 15 de maio de 2001*. Altera o Decreto-Lei no 2.848, de 7 de dezembro de 1940 – Código Penal, para dispor sobre o crime de assédio sexual e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2001. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/LEIS_2001/L10224.htm. Acesso em: 15 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Estatuto da criança e do adolescente*. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2003. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de humanização*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://www.portal.saude.gov.br. Acesso em: 5 maio 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 737, de 16 de maio de 2001: política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências. *Diário Oficial da União*: seção 1e, Brasília, DF, n. 96, 18 maio 2001.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cadernos de*

Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 647-654, set. 1999.

CHARLOT, B. A violência na escola: como os sociólogos franceses abordam essa questão. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 4, n. 8, p. 432-443, 2002.

DEJOURS, C. *O trabalho entre sofrimento e prazer*. Rio de Janeiro: FGV, 1999.

DESLANDES, S. F. *Frágeis deuses*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

GUIMARÃES, A. M. *A dinâmica da violência escolar*: conflito e ambigüidade. Campinas: Autores Associados. 1996.

HIRIGOYEN, M.-F. *Assédio moral*: a violência perversa no cotidiano. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2011.

KRUG, E. G. *et. al*. Como proceder? *In*: KRUG, E. G. *et al*. (org.). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Geneva: Organização Mundial da Saúde, 2002. p. 263-279.

LUCINDA, M. D. A. C.; NASCIMENTO, M.; CANDAU, V. M. *Escola e violência*. Rio de Janeiro: DP&A, 1999.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.). *Construção da integralidade*: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ: Abrasco, 2003.

MINAYO-GOMES, C. A violência no trabalho. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no século XXI*: visão da literatura brasileira do campo da saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

NJAINE, K. et al. Violência na escola sob a ótica da produção em saúde. *In*: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G. *Novas e velhas faces da violência no Século XXI*: visão da literatura brasileira do campo da saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2017.

OLIVEIRA, R. P.; NUNES, M. O. Violência relacionada ao trabalho: uma proposta conceitual. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 4, p. 22-34, 2008.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Assédio sexual no trabalho*: perguntas e respostas. Brasília, DF: OIT, 2017. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---rolima/---ilo-brasilia/documents/publication/wcms_559572.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. *Health WISE*: melhoria do trabalho nos serviços de saúde: manual de ação Brasília, DF: OIT, 2014. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_dialogue/---sector/documents/instructionalmaterial/wcms_490191.pdf. Acesso em: 1 jun. 2020.

PITTA, A. *Hospital*: dor e morte como ofício. 3. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994.

PUCCINI, P. T.; CECÍLIO, L. C. O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1342-1353, 2004.

RISTUM, M. *O conceito de violência de professoras do ensino fundamental*. 2001. Tese (Doutorado) – Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2001.

ZALUAR, A.; LEAL, M. C. Violência extra e intramuros. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 16, n. 45, p. 145-164, 2001.

III A gestão em saúde na prevenção e atenção às situações de violência

16. Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas

Adalgisa Peixoto Ribeiro, Kathie Njaine

Este capítulo tem o objetivo de discutir a questão da informação sobre acidentes e violências, problematizando seu processo de construção, suas potencialidades, os limites e usos científicos e sociais.

Informação é um conceito que tem sido mundialmente discutido como uma noção fundamental para ampliar o conhecimento e contribuir para a tomada de decisões em diversos setores sociais. Na área da saúde, a importância desse conceito evidencia-se, sobretudo, no momento de identificar pontos prioritários a serem tratados pelas políticas de saúde, no planejamento e na implementação de ações que visem transformar a realidade.

Como pode a informação transformar a realidade do quadro de saúde e doença de uma população?

Alguns autores afirmam que informação é a essência das profissões na área de saúde. Esses profissionais precisam dela para sua atuação no processo de cuidado, no gerenciamento dos serviços, na avaliação das condutas e dos resultados. Em outras palavras, todas as atividades em saúde se baseiam na busca e no uso da informação (MARIN, 2010).

A partir dessa premissa, é lógico pensar que quanto maior o número e melhor a qualidade das informações disponíveis, tanto melhor será a tomada de decisões dos profissionais que atuam na atenção e também na gestão em saúde. Esse tem sido o ponto forte de debates filosóficos que hoje ocorrem no mundo sobre o poder que é delegado à informação e que podem ser aplicados ao caso da saúde. Filósofos como Pierre Lévy (1999), por exemplo, fazem refletir sobre as imperfeições dos sistemas de informação, quando "as qualidades são reduzidas a quantidades". Lévy fala principalmente dos aspectos individuais que as estatísticas acabam ocultando.

No Brasil, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001a) destaca como um dos seus objetivos o monitoramento e a vigilância epidemiológica dos acidentes e violências. No âmbito dessa política, o Ministério da Saúde tem implementado ações para: capacitar os profissionais de saúde que atuam desde o atendimento às vítimas até os que são responsáveis pela gestão da informação nos âmbitos municipais, estaduais e federal; aprimorar os instrumentos de coleta dos dados; e propor pesquisas que levantem informações ainda não registradas sobre os casos de acidentes e violências. O intuito dessas ações é, sobretudo, melhorar a qualidade das informações sobre esses eventos e torná-las capazes de subsidiar iniciativas para transformar o grave quadro de morbimortalidade por acidentes e violências.

16.1 Sistemas de informação em saúde: a importância dos dados

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define um Sistema de Informação em Saúde (SIS) como um mecanismo de “coleta, processamento, análise e transmissão de informação”, necessário para o planejamento, a organização, a operacionalização e a avaliação dos serviços de saúde.

Um sistema de informação em saúde visa contribuir para melhorar a qualidade, a eficiência e a eficácia do atendimento em saúde, e ainda, ser uma base importante para a realização de pesquisas e para subsidiar o processo de ensino e capacitação de profissionais (MARIN, 2010).

Para saber mais sobre sistemas de informação em saúde, acesse o site do Ministério da Saúde (http://www.saude.gov.br) e entre em Gestão do SUS > Programação, regulação, controle e financiamento da MAC > Sistemas de Informação em Saúde

De acordo com documento da Organização Pan-Americana da Saúde (CONCHA-EASTMAN; VILLAVECES, 2001), os objetivos de um sistema de vigilância para a área de acidentes e violências são:

- produzir informações confiáveis e estratégicas;
- monitorar as transições, a magnitude e a distribuição da morbidade, da mortalidade e os impactos psicológicos;

- possibilitar a percepção da realidade dos acontecimentos, a identificação de novos riscos e a formulação de possíveis associações causais;
- identificar padrões ou tipologias da violência;
- gerar hipóteses sobre a causalidade da violência;
- servir de fonte confiável para tomada de decisão;
- estimular a formação de grupos de trabalho.

Constatamos, portanto, a preocupação dos órgãos da área da saúde em garantir que a informação seja um instrumento tanto para as ações de vigilância dos acidentes e violências quanto de pesquisa e políticas públicas.

16.2 Principais fontes de dados sobre causas externas

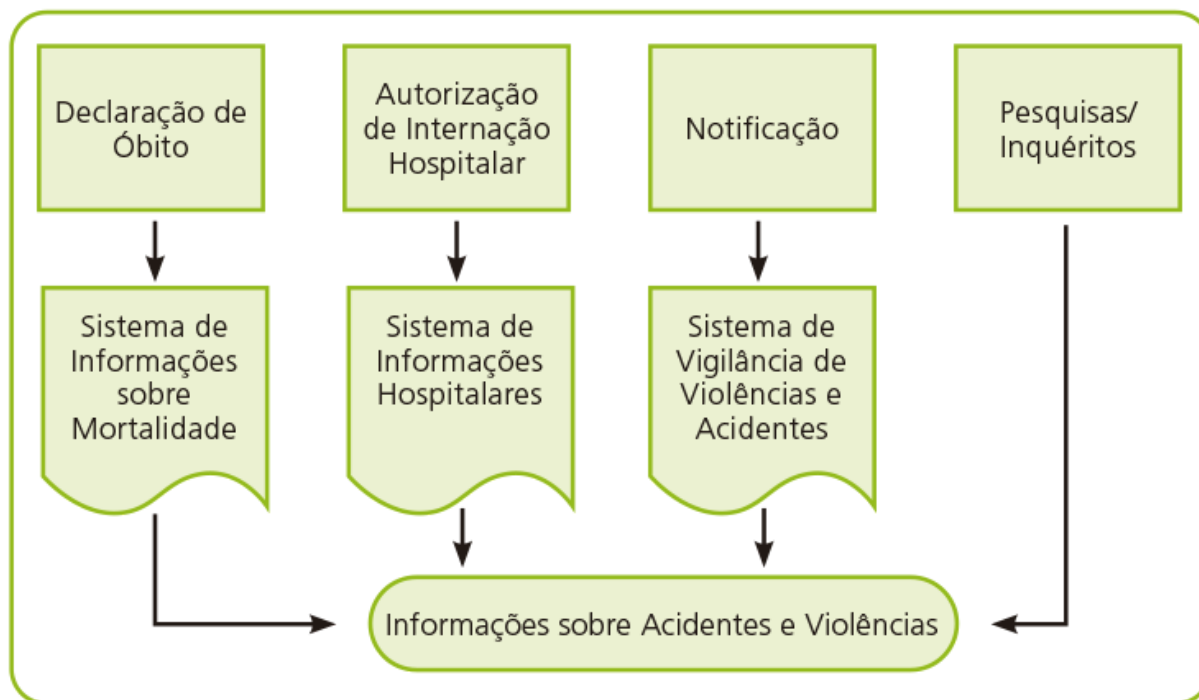
Para a produção de informações úteis para viabilizar ações de vigilância, promoção da saúde e prevenção de agravos, uma diversidade de dados sobre as condições de saúde dos indivíduos, é coletada por profissionais de saúde em consultas, visitas domiciliares e nos mais diversos locais de atendimento à população. Desde uma visita do agente comunitário de saúde às residências dos usuários, até a realização de exames complementares mais complexo, são necessárias informações que favoreçam um cuidado adequado.

Até mesmo quando a vida termina, o registro de dados sobre a pessoa que morreu, as condições de saúde e os eventos que provocaram sua morte ajudam a conhecer as principais causas de mortalidade de uma população e a planejar ações de prevenção, atenção e reabilitação.

Tratam-se de fontes diferentes de dados que vão produzir informações e conhecimento. A Figura 1 mostra as principais fontes oficiais de dados, que alimentam sistemas de

informação na área da saúde que, por sua vez, subsidiam a produção de conhecimento sobre morbidade e mortalidade por acidentes e violências.

Figura 1 – Fluxograma da produção de informações sobre acidentes e violências

Declaração de Óbito
Autorização de Internação Hospitalar
Notificação
Pesquisas/ Inquéritos
Sistema de Informações sobre Mortalidade
Sistema de Informações Hospitalares
Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes
Informações sobre Acidentes e Violências

Fonte: Elaboração das autoras.

Destacamos, a seguir, fontes de dados sobre acidentes e violências, na área da saúde.

16.2.1 Declaração de Óbito (DO)

Documento base do **Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)**, implantado desde 1976 pelo Ministério da Saúde, com o objetivo de ser o instrumento-padrão para a coleta dos dados sobre mortalidade, que baseiam os cálculos das estatísticas vitais e epidemiológicas brasileiras. Seu preenchimento é uma atribuição exclusiva do médico e, em casos de mortes por acidentes e violências, apenas o médico do Instituto Médico Legal (IML) pode preenchê-lo. A

DO é usada também pelos Cartórios de Registro Civil para as formalidades legais de sepultamento. Coleta dados sobre identificação, local de ocorrência e condições e causas do óbito.

O SIM foi criado em 1975 para a obtenção regular de dados sobre mortalidade no país e conta com boa cobertura (96,1%, em 2011). Somente no ano de 2016, 155.861 pessoas morreram no Brasil por causas externas (acidentes e violências), o que representou 11,9% de todas as mortes ocorridas no país, neste ano (DATASUS, 2018). Os dados do SIM, registrados a partir do ano de 1979, estão disponíveis na Internet, no site do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), do Ministério da Saúde.

16.2.2 Autorização de Internação Hospitalar (AIH)

Documento que registra todos os atendimentos realizados nas internações hospitalares financiadas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de produzir relatórios que subsidiam os pagamentos aos estabelecimentos de saúde. Entre os dados registrados encontram-se identificação e qualificação do paciente, procedimentos, exames e atos médicos realizados, diagnóstico, motivo da alta, valores devidos, entre outros.

A AIH é o documento que alimenta o **Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)**. Criado em 1993, dispõe de dados que se referem apenas às internações financiadas pelo SUS. É importante destacar que, essas internações correspondem a cerca de 70% a 80% do total de internações realizadas no país. Os dados relativos aos atendimentos nos serviços de emergência (pronto-socorro) e as internações realizadas em hospitais privados não integram esse sistema. Em 2017, as

internações hospitalares por causas externas representaram 10,1% do total, com tendência crescente nos últimos anos.

As principais informações registradas pelo SIH/SUS, a partir de 1984, estão disponíveis no site do DATASUS.

16.2.3 Notificação de Violência Interpessoal e Autoprovocada

É a comunicação de casos suspeitos ou confirmados de violência, realizada por profissionais de saúde aos gestores do SUS. Realizada por meio de uma Ficha padronizada contendo os dados da vítima, da ocorrência, do provável autor da violência e dos encaminhamentos realizados.

A notificação de violência é o documento base para o **Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)**, implantado em 2006, inicialmente em serviços de referência para atendimento de pessoas vítimas de violência. Em 2009, o VIVA passou a integrar o **Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan)**, ampliando gradativamente o número de municípios e unidades notificadoras em todo o país. Em 2014, a notificação das violências em serviços de saúde se tornou compulsória com a Portaria 1.271/2014, o que universalizou as notificações facilitando sua expansão (BRASIL, 2015). No período de 2011 a 2015, houve um aumento considerável no número total das notificações de casos de violência, passando de 107.530 para 242.347. Dentre elas, 67,1% foram de violência contra a mulher, de todas as faixas etárias (BRASIL, 2017).

As informações registradas no Sinan sobre Violências, a partir de 2009, estão disponíveis no site do DATASUS.

16.2.4 Pesquisas e inquéritos

Diversas pesquisas que investigam a ocorrência de eventos violentos e acidentes estão em desenvolvimento no país. Essas pesquisas oferecem informações a partir de estudos de abordagem qualitativa, quantitativa ou ambas, que ajudam a compor o panorama sobre os impactos das causas externas na saúde e na vida da população.

Oriundos de fontes variadas e usados com múltiplos propósitos, os dados clínicos e resultados de pesquisas e inquéritos são bastante heterogêneos, muitas vezes não adequados aos tradicionais sistemas de informações sobre morbidade e mortalidade por acidentes e violências.

Alguns inquéritos de base populacional também são desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. Um exemplo é o Inquérito de Vigilância de Violências e Acidentes em unidades de urgência e emergência, que tem o objetivo de analisar a tendência das violências e acidentes e descrever o perfil das pessoas que foram vítimas de violências (interpessoais ou autoprovocadas) e dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros), atendidas em unidades de urgência e emergência selecionadas. Compõe o VIVA e foi realizado nos anos de 2006, 2007, 2009, 2011 e 2014. A previsão é de que seja realizado a cada três anos (SOUTO *et al.*, 2017).

O acesso às informações produzidas por pesquisas e inquéritos ocorre primordialmente por meio de artigos científicos publicados em periódicos da área da saúde e publicações do Ministério da Saúde.

Outras fontes de setores distintos ao da saúde ajudam a compor o quadro epidemiológico de informações sobre acidentes e violências. No entanto, as informações provenientes dessas fontes não têm articulação direta com as da área da saúde. Entre elas podemos citar:

- Boletim de Ocorrência Policial (BO) ou Ofício da Polícia – ficha usada nas delegacias de polícia,

complementada por outras fontes como Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes (DNIT) ou Polícia Militar. Esse documento baseia-se na observação e descrição do evento e registra o número de feridos e mortos causados por acidentes ou violências. No caso de óbito, uma cópia do BO acompanha o corpo ao (IML) e serve de complementação às informações da Declaração de Óbito (DO), no momento do seu preenchimento ou no decorrer das investigações;

- Sistemas de Resgate – não existe no país um sistema de informação nacional sobre resgates de vítimas de acidentes e violências. Alguns municípios organizam bancos de dados do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), do Corpo de Bombeiros e do Batalhão de Trânsito. Porém, esses bancos não são integrados. Nos municípios em que as bases de dados estão informatizadas, a recuperação dessas informações pode ser realizada pelo link direcionado a outros bancos de instituições, como o Corpo de Bombeiros, delegacias de polícia e hospitais que fazem parte desse fluxo.
- Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT) – ficha de notificação de acidente de trabalho ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), para obtenção de benefícios. O sistema cobre somente a população trabalhadora formal, excluindo categorias como empregados domésticos sem carteira assinada, trabalhadores informais em geral e aqueles vinculados a outras modalidades de previdência.

16.3 Refletindo sobre a qualidade das informações produzidas sobre causas externas

A qualidade dos dados disponíveis por meio dos sistemas de informação é um elemento essencial para a produção de indicadores de saúde que possam cumprir seus objetivos de basearem a tomada de decisões de gestores e de trabalhadores da saúde.

Para avaliar a qualidade dos dados, é necessário considerar alguns atributos como a **cobertura** dos eventos, a **completitude** dos dados e a **confiabilidade** das informações.

Os sistemas de informação brasileiros têm cobertura variável entre eles, como mencionado anteriormente. Essa cobertura também varia dependendo da região geográfica. Um exemplo é o SIM, que alcançou em 2013 a cobertura média nacional de 95% de todas as mortes ocorridas no Brasil, nesse ano. No entanto, existem regiões em que esse registro ultrapassou a média nacional, como é o caso da Região Sul (99%) e da Região Sudeste (97%). Por outro lado, na Região Norte a cobertura do SIM em 2013 foi de 88% (BRASIL, 2015).

Essas diferenças revelam disparidades nos registros que se devem a uma série de fatores que afetam o acesso a serviços de saúde, como a falta de infraestrutura adequada para atendimento, a grande dificuldade de deslocamento observado em municípios mais isolados, algumas vezes agravado pelas condições climáticas extremas que colaboram para o isolamento geográfico das localidades. Soma-se a isso, os sepultamentos sem registro e questões culturais observadas em algumas tribos indígenas, onde os recém-nascidos são mantidos resguardados de contatos com

outras pessoas, dificultando o registro dos óbitos infantis (ALMEIDA *et al.*, 2017).

O SIH não tem cobertura universal das internações hospitalares por acidentes e violências no país, pois abrange somente as que são realizadas em hospitais próprios e da rede conveniada, não registrando os atendimentos realizados em serviços da rede privada. O sistema VIVA/Sinan, por sua vez, apesar de ter universalizado sua coleta de dados por meio da notificação compulsória, ainda não tem cobertura avaliada como satisfatória no país.

Uma das variáveis que historicamente tiveram seu preenchimento negligenciado nas fichas que alimentam os sistemas de informação é a raça/cor da pele, que foi incluída no SIM em 1990, mas somente a partir de 2000 pode ser trabalhada devido à melhoria de seu registro. Entre as mortes por acidentes e violências registradas no SIM, figuravam como raça/cor "ignorada" 5,4% em 2010, reduzindo para 3,5% em 2016; no SIH/SUS 40,3% das pessoas internadas por acidentes e violências em 2010 não tiveram essa informação registrada, em 2016 esse percentual reduziu para 27,6%; no Sinan, em 2010 um percentual de 22% das notificações de violência não teve informação da raça/cor, em 2014 esse percentual foi de 15,9% (DATASUS, 2018).

A variável escolaridade também melhorou seu registro, mas ainda possui um alto percentual de ausência de informação: em 2010, 36,9% das pessoas que morreram por acidentes e violências no Brasil tiveram escolaridade desconhecida, em 2016 esse percentual chegou a 23,6% (DATASUS, 2018).

Apesar das instruções claras e padronizadas para o preenchimento dos instrumentos de coleta de dados dos sistemas de informação brasileiros, a completitude ainda é um desafio. Autores como Correia *et al.* (2014) destacam que somente orientar como preencher não é garantia de informação de qualidade, mas é necessário capacitação e

sensibilização dos profissionais de saúde envolvidos no processo para que se apropriem dessa tarefa fundamental para o conhecimento da real situação de saúde da população e para o planejamento de respostas.

No registro das causas não naturais de morbidade e mortalidade tem sido comum encontrar erros de codificação. No caso das internações, isso ocorre na determinação do diagnóstico principal e secundário. O primeiro é a natureza da lesão, ou seja, as consequências do acidente ou violência (fraturas, queimaduras, ferimentos, entre outras) e o diagnóstico secundário é o tipo de causa externa que ocasionou a lesão (atropelamento, agressão, entre outras). Os equívocos ou incompletudes em relação ao registro do diagnóstico secundário podem gerar sub-registro de internações por causas externas e distorções quanto aos tipos específicos dessas causas no SIH-SUS (TOMIMATSU *et al.*, 2009).

No caso da mortalidade, a causa básica da morte é a situação (acidente ou violência) que originou as lesões. Os erros ocorrem frequentemente quando os médicos legistas registram somente as lesões encontradas e não a causa básica da morte na Declaração de Óbito.

Um indicador utilizado na análise da confiabilidade da informação sobre causas externas é a proporção de mortes ou internações por lesões com causas indeterminadas ou mal definidas. No Brasil, os percentuais de óbitos por causas externas com intenção indeterminada reduziram passaram de 9,6% em 2009 para 6,6% em 2016. No entanto, em alguns estados essa tendência foi de crescimento, principalmente em Pernambuco (passou de 7,9% para 9,4%), em Espírito Santo (passou de 3,3% para 7%) e em Mato Grosso do Sul (de 2,3% para 5,9%). Vale a pena destacar alguns estados que melhoraram consideravelmente nesse indicador, como o Rio de Janeiro (passou de 25,5% em 2009 para 9% em 2016), o Rio Grande do Norte (passou de

19,2% para 6,1%) e a Bahia (passou de 18,6% para 10,8%) (DATASUS, 2018).

Em relação às informações sobre as internações por lesões advindas de acidentes e violências, também se observa uma melhora do indicador proporção de internações por lesões classificadas como causas externas com intenção indeterminada: em 2013 representaram 13,4% de todas as internações por causas externas no país (BRASIL, 2015) e, em 2016, reduziram para 8,5% (DATASUS, 2018).

Além de considerar este indicador como forma de analisar a confiabilidade das informações, ainda pode-se usar a mortalidade proporcional por causas mal definidas (classificadas no capítulo **XVIII da Classificação Internacional de Doenças** 10ª Revisão – CID-10), a mortalidade proporcional por diagnósticos incompletos e os estudos especiais, que utilizam metodologias diversas para comparar os dados da declaração de óbito com informações clínicas, achados de necropsias e informações em grupos de indivíduos com doenças específicas, por exemplo (CASCAO; COSTA; KALE, 2012).

> Todas as causas de morbidade e mortalidade na população são nomeadas por meio de um instrumento, usado internacionalmente, que as agrupam e classificam, segundo determinados critérios. Trata-se da Classificação Internacional de Doenças, que existe desde 1893 e vem sendo periodicamente revista, chegando-se à décima revisão, usada no Brasil a partir de 1996. Atualmente, a décima primeira revisão, aprovada em 2018, ainda não foi adotada pelos sistemas de informação brasileiros.

Os problemas que impactam a qualidade dos dados ocorrem em todas as etapas da produção da informação, levando a uma representação equivocada da realidade. Em

relação às informações sobre a mortalidade por acidentes e violências, descreve-se a seguir alguns problemas que podem impactar sua qualidade:

a. Classificação das variáveis presentes na DO como em indispensáveis, obrigatórias e secundárias. Essa classificação, preconizada pelo Ministério da Saúde, quando da informatização do sistema de mortalidade, com o objetivo de ajudar na crítica e na correção dos dados, contribuiu para a cultura do não preenchimento de algumas variáveis como raça/cor e escolaridade, consideradas menos importantes e dispensáveis (MESSIAS *et al.*, 2016).
b. Dificuldade na definição da causa básica das mortes violentas. É importante destacar que, quando se trata de algumas causas específicas de lesões que provocaram a morte, a determinação da sua intencionalidade e, portanto, da causa básica do óbito, nem sempre são tarefas fáceis ou estão claramente colocadas, nem mesmo para os técnicos mais experientes. Um exemplo é determinar se uma morte provocada por uma arma de fogo se trata de uma agressão interpessoal ou foi resultado de uma violência autoinfligida ou mesmo se ocorreu por um acidente. A forma como essa morte é registrada nos sistemas de informação influencia a produção de conhecimento sobre homicídios, suicídios ou acidentes.
c. Dificuldade na codificação dos óbitos a partir das informações registradas na DO. Essa codificação é realizada pelas equipes treinadas da vigilância epidemiológica dos municípios, de acordo com a CID-10, a partir das informações registradas pelos médicos na DO. Trata-se de um processo relativamente simples quando as informações na DO são suficientes para caracterizar as circunstâncias do óbito. No entanto, ainda é comum encontrar indefinições e registros que

não oferecem subsídios para a adequada codificação, o que impõe aos técnicos codificadores a necessidade de buscarem informações complementares em outros locais, como no próprio IML ou na imprensa (MESSIAS *et al.*, 2016).

d. Baixa valorização da DO por parte dos médicos. O desconhecimento ou a pouca sensibilização em relação à relevância do documento e seu papel social como base para o conhecimento epidemiológico e para subsidiar políticas públicas em saúde, pode estar na base desse problema (COSTA; FRIAS, 2011). Essa baixa valorização também pode ser identificada pelo fato de alguns médicos registrarem somente a causa do óbito e repassarem para funcionários administrativos o preenchimento das informações consideradas menos nobres da DO. Essa negligência em relação à responsabilidade ética e jurídica do médico em preencher a declaração de óbito pode impactar negativamente a confiabilidade dos dados (SCHOEPS *et al.*, 2013).
e. Falha no processo formativo das escolas médicas. Muitas escolas médicas não preparam devidamente os profissionais para o preenchimento completo, correto e fidedigno das DO. Muitos estudos mostram que existe essa lacuna na formação profissional, que não incluem no currículo de graduação ou o fazem de forma deficitária, o treinamento para essa atribuição médica. As capacitações pontuais, realizadas para suprir essa falha, não têm sido satisfatórias, devido à grande relevância epidemiológica desse documento (MESSIAS *et al.*, 2016).
f. Uso das informações da DO em processos judiciais. O temor do uso inadequado das informações sobre as circunstâncias da morte, contidas na DO, que oferece um parecer técnico sobre as causas da morte, pode contribuir para o incremento do indicador proporção de

óbito por causa indeterminadas. No entanto, aspectos legais e jurídicos do uso dessas informações precisam ser esclarecidos para evitar penalizações indevidas dos profissionais no exercício do seu trabalho (LOZADA *et al.*, 2009).

Além dessas questões indicadas acima, outros pontos podem ser lembrados por seu potencial de influenciar a qualidade das informações sobre acidentes e violências, como: a) a falta de clareza nas metodologias e nas orientações dos manuais de preenchimento dos instrumentos de coleta de dados, que pode afetar a completitude; b) a sobrecarga de trabalho dos profissionais, que pode levá-los a valorizar pouco o preenchimento de fichas, atribuindo a elas um valor de atividade meramente burocrática em detrimento dos atendimentos emergenciais; e c) o desconhecimento das ações e medidas concretamente geradas a partir da informação que produzem ao preencher os documentos base dos sistemas de informação.

Para saber mais sobre qualidade da informação em saúde, consulte publicações da série Saúde Brasil, que apresenta a situação de saúde do Brasil, segundo a compreensão institucional do Ministério da Saúde (MS). Suas análises são úteis para a gestão em saúde e são produzidas a partir de dados dos sistemas de informações gerenciados pelo MS, em parceria com os estados e municípios. Disponíveis em: http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/publicacoes/saude-brasil/obras-publicadas/

Essa diversidade de problemas na produção dos dados é bastante diferenciada se compararmos as macrorregiões do Brasil e também as especificidades locais. As regiões Norte e Nordeste enfrentam dificuldades na operacionalização do sistema, evidenciando as heterogeneidades em relação aos atributos da qualidade dos dados produzidos sobre acidentes e violências (ANDRADE; SZWARCWALD, 2007).

16.4 Avanços na produção de informação sobre acidentes e violências

Algumas iniciativas para auxiliar na melhoria da informação sobre acidentes e violências no país já vêm sendo tomadas pelo Ministério da Saúde, desde 1993. No quadro a seguir, destacam-se algumas resoluções que favoreceram os esforços para a qualificação das informações.

Quadro 1 – Histórico de resoluções sobre produção de informação

Ano	Resolução	Avanço
1993	Portaria SAS/MS n. 119/1993 (BRASIL, 1993)	Incluiu no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA/SUS) o registro específico da atenção ao acidentado do trabalho, momento importante dentro do SUS para que se estabelecesse a cultura da defesa dos direitos do trabalhador.
1996	Portaria GM n. 2.390/1996, atualizada pelas Portarias GM n. 820/1997, e GM n. 443/2000 (BRASIL, 1996, 1997a, 2000)	Criação da Rede Interagencial de Informações para a Saúde (Ripsa), em cooperação entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) e o Ministério da Saúde. A Ripsa vem ajudando a promover a adequada disponibilização de dados básicos, indicadores e análises sobre as condições de saúde e suas tendências, visando aperfeiçoar a capacidade de formulação, gestão e avaliação de políticas e ações públicas.

Ano	Resolução	Avanço
1997	Portaria SAS n. 142/1997 (BRASIL, 1997b)	Determinou e orientou o preenchimento de campos específicos na Autorização de Internação Hospitalar, em casos compatíveis com as causas externas (acidentes ou violências). Contribuiu para o melhor esclarecimento das circunstâncias dos acidentes e violências, por exigir o registro do diagnóstico secundário (lesão ou ferimento que gerou a necessidade de internação). Seu cumprimento passou a esclarecer melhor 80% das internações por essas causas.
2001	Portaria MS/GM n. 737/2001 (BRASIL, 2001a)	Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. A partir dela houve no Ministério da Saúde um movimento positivo, no sentido da elaboração de portarias, normas e outros documentos técnicos que ampliaram a possibilidade de coleta de dados e de qualificação da informação sobre os acidentes e violências no SUS.
2001	Portaria GM/MS n. 1.969/2001 (BRASIL, 2001b)	Estabeleceu um roteiro de preenchimento do registro de causas externas e de acidentes ou doenças relacionadas ao trabalho e, ainda, sobre as responsabilidades técnicas a respeito dos fluxos da informação.

Ano	Resolução	Avanço
2002	Portaria/SAS n. 970/2002 (BRASIL, 2002)	Instituiu, no âmbito do SUS, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas (SISAV), desenvolvido pela Secretaria de Assistência à Saúde. Foi um instrumento operacional de registro de causas externas, destinado a subsidiar estudos e pesquisas para informar o planejamento das ações de prevenção, atenção e recuperação das pessoas em situação de acidentes ou violências. Esse processo foi interrompido em 2003, quando ocorreu a revisão dos sistemas de informação do Ministério da Saúde.
2003	Lei Federal n. 10.778/2003, regulamentada pelo Decreto n. 5.099/2004 (BRASIL, 2003, 2004a)	Estabeleceu a notificação compulsória, em todo o território nacional, dos casos de violência contra a mulher, atendidos em serviços públicos e privados de saúde; instituiu os serviços de referência sentinela aos quais seriam notificados compulsoriamente os casos de violência.
2004	Portaria MS n. 2.406/2004 (BRASIL, 2004b)	Estabeleceu a Ficha de Notificação/ Investigação Compulsória de Violência Doméstica, Sexual e Outras Violências Interpessoais e o fluxo para notificação.

Ano	Resolução	Avanço
2005	Resolução CFM n. 1.779/2005 (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2005)	O Conselho Federal de Medicina regulamentou a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito.
2009	Portaria MS n. 116/2009 (BRASIL, 2009)	Regulamentou a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações sobre óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde.
2011	Portaria n. 104/2011, atualizada pela Portaria n. 1.271/2014 (BRASIL, 2011, 2014) e pela Portaria GM n. 204/2016 (BRASIL, 2016).	Tornou compulsória a notificação dos casos de violência doméstica, sexual e/ou outras violências; incluiu a violência sexual e a tentativa de suicídio como eventos de notificação imediata, em até 24 horas a partir do conhecimento de sua ocorrência, à Secretaria Municipal de Saúde.

Fonte: Elaboração das autoras.

Os objetivos da Ripsa são:

- criar um conjunto de dados básicos e indicadores consistentes, atualizados e de amplo acesso;
- articular instituições que contribuem para a geração e análise de dados e indicadores;

- implementar mecanismos de apoio ao aperfeiçoamento da produção de dados e informações;
- promover consenso sobre conceitos, métodos e critérios de utilização das bases de dados;
- promover intercâmbio com outros subsistemas especializados de informação da administração pública;
- contribuir para o estudo de aspectos ainda pouco explorados ou de reconhecida relevância para a compreensão do quadro sanitário brasileiro (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2002).

Para saber mais sobre a Ripsa, consulte o site da Rede Interagencial de Informações para a Saúde em www.ripsa.org.br.

Considerando a magnitude e a gravidade dos eventos violentos no país e a capacidade de preveni-los, o Comitê de Informação para Acidentes e Violência da Ripsa revisou e elaborou, em 2005, indicadores para o monitoramento nos principais grupos afetados, que possam ter comparabilidade nacional e internacional, disponibilidade e facilidade de acesso aos dados. Alguns agravos, como os acidentes de transporte, suicídios, agressões e quedas, foram selecionados para ser monitorados.

Iniciativas da Secretaria de Vigilância em Saúde têm procurado capacitar profissionais responsáveis pelos

registros dos dados sobre morbimortalidade por acidentes e violências, em diversas partes do país, para que busquem melhorar a qualidade das informações produzidas. Além disso, tem empreendido esforços para ampliar a implantação das fichas de notificação de acidentes e violências interpessoais nos serviços de saúde brasileiros.

Estudos realizados ao longo do tempo vêm demonstrando as melhorias na qualidade das informações sobre violências e acidentes no Brasil (NJAINE; REIS, 2005; BRASIL, 2015; MESSIAS *et al.*, 2016). A significativa melhoria da informação sobre mortalidade por causas externas em algumas capitais deveu-se principalmente à iniciativa das Secretarias Municipais de Saúde, de buscar articulação com outros setores, como o de segurança pública e capacitar seus profissionais. Muitas das iniciativas para a melhoria da qualidade da informação sobre causas externas foram, contudo, viabilizadas pelo processo de descentralização do SIM.

Com relação às informações sobre morbidade hospitalar, sabemos que apenas uma parte das consequências de agressões e traumas é computada pelas estatísticas, em função de limitações do SIH-SUS – que não inclui os muitos casos atendidos nas emergências, prontos-socorros e as internações ocorridas em unidades de saúde não conveniadas ao SUS –, da ausência de denúncias às autoridades públicas e, ainda, do desconhecimento sobre a magnitude das agressões dirigidas às crianças, mulheres e aos idosos.

Nesse contexto a implantação do Sistema VIVA, em seus dois componentes, já descritos anteriormente neste capítulo, foi um avanço para o conhecimento dos acidentes e violências que chegam nos serviços de saúde do SUS.

Ainda em relação ao Sistema VIVA é importante destacar que as fichas usadas para as notificações têm sido aprimoradas e, atualmente inclui variáveis importantes para a qualificação dos dados e ampliação de sua cobertura,

como a possibilidade da notificação de diversas unidades notificadoras, além das Unidades de Saúde, como Unidades de Assistência Social, Estabelecimentos de Ensino, Conselho Tutelar, Unidade de Saúde Indígena, Centro Especializado de Atendimento à Mulher, entre outros. Além disso, outras expressões de violência como tráfico de seres humanos, trabalho infantil, trabalho escravo, tortura, intervenção legal e homofobia; e variáveis que permitem maior visibilidade das vulnerabilidades como orientação sexual, identidade de gênero e motivação da violência (sexismo, homofobia/lesbofobia/transfobia, racismo, intolerância religiosa, xenofobia, conflito geracional, situação de rua e outros) também foram incorporadas.

Mesmo diante dessas conquistas, uma questão importante desafia a vigilância desses eventos: a cobertura da notificação das violências no sistema Sinan, que ainda não abrange todos os municípios e todos os serviços de saúde do SUS.

A informação é um direito de todos os cidadãos. Portanto, os sistemas de informação também têm um papel social, ajudando na compreensão da magnitude do problema dos acidentes e violências e no compartilhamento de decisões que dizem respeito à população em geral, como medidas de prevenção e de promoção da saúde e cultura de paz, e crescimento da cidadania.

Coerente com o novo modelo de assistência à saúde, muitos profissionais da área vêm reforçando a necessidade de trabalhar a informação em nível local. Então, é importante incentivar a realização de análises da situação de saúde da população em nível municipal, de forma a auxiliar na tomada de decisões no próprio local.

No caso brasileiro, existem avanços significativos em relação às tecnologias relacionadas à informação, mas ainda se percebe um descompasso entre sua produção e seu uso e apropriação para ajudar: a) a compreender a complexidade do quadro de saúde da população; e b) adequar as respostas

do setor saúde aos processos que envolvem saúde-doença-cuidado (MORAES; GOMÉZ, 2007).

16.5 A informação e a comunicação sobre acidentes e violências nas mídias

Como as mídias tradicionais e as mídias digitais podem contribuir para disseminar informações sobre violência e saúde? As mídias têm importante papel na sociedade, porém quando se trata de violências, ainda prevalece uma atuação desses meios muito centrada na relação dos eventos violentos com a questão da criminalidade. Esse tem sido o papel preponderante dos noticiários e programas televisivos, radiofônicos e das notícias que circulam na internet. Entretanto, é importante considerar que esses meios podem contribuir para ampliar a consciência da população sobre a complexidade do fenômeno da violência, exercendo assim um papel de promoção da saúde e prevenção desses eventos.

Atualmente, com a velocidade de divulgação de informações, principalmente com a ampliação do acesso à internet e às mídias sociais, alguns cuidados são essenciais para prevenir a disseminação de conteúdos que não correspondem à verdade, as chamadas *fake news*. Alguns estudiosos destacam que é necessário observar as fontes, a consistência e a confiabilidade da informação, verificando assim sua qualidade e veracidade (TOMAÉL *et al.*, 2001). Na área da saúde, o grande número de pessoas que buscam informações em saúde e a proliferação de fontes e conteúdos produzidos têm se tornado um problema de saúde pública (SILVA; LUCE; SILVA FILHO, 2017). No caso da violência, é comum a disseminação de notícias, que, muitas vezes, se referem a contextos totalmente diversos,

acontecidos em ocasiões e locais que não condizem com o fato narrado. Essas incoerências podem levar a interpretações equivocadas pelos leitores dessas mídias.

Os dados sobre acidentes e violências podem e devem constituir informações a serem divulgadas por esses meios no sentido de difundir as múltiplas causas da violência que não são somente criminais, sua magnitude, suas consequências, resoluções morais, emocionais e intelectuais para os conflitos, e serviços de atendimentos a pessoas em situação de violência.

Neste sentido, também é necessário que pesquisadores, gestores, profissionais de saúde e jornalistas, que atuam em instituições de saúde, se empenhem em divulgar os dados em linguagem ética e comunicativa, pois quando se trata de estatísticas é importante saber narrar e mostrar a relevância das informações, da forma mais clara possível. Por exemplo: quando mostramos um dado sobre prevalência de mortalidade de jovens por homicídios, é importante destacar não somente o número de mortes, mas também contar um pouco da estória desses jovens que morrem. Quem são? Como e onde viviam? Quais são as políticas públicas para jovens no Brasil? Como prevenir esses homicídios? Como a arma de fogo contribui para a letalidade em geral? Como é a situação dos jovens em outros países?

Para saber mais!

- Exemplos de iniciativas do setor saúde para profissionais da mídia sobre como abordar eventos violentos: “Prevenção do suicido: um manual para profissionais da mídia”. Documento elaborado em

2000, como parte do “Suicide Prevention Program” (Supre), iniciativa da OMS para a prevenção do suicídio. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/en/suicideprev_media_port.pdf

- Exemplos de iniciativas do setor saúde para profissionais desse setor lidarem com as mídias de forma educativa e técnica sobre temas complexos:“Comunicação e mídia para profissionais de saúde que atuam nos serviços de atenção para mulheres e adolescentes em situação de violência doméstica e sexual”. Documento do Ministério da Saúde/Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, publicado em 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comunicacao_midia_profissionais_saude.pdf

O objetivo desse documento é contribuir para que profissionais de saúde, aperfeiçoem a prática de conceder entrevistas, preparar *releases* e subsidiar com informações os diferentes tipos de veículos de comunicação (jornal, revista, TV, rádio e Internet), capacitando-se como um porta-voz dos serviços e uma fonte com credibilidade para a imprensa.

Enfim, apesar de hoje já se ver muitos avanços em termos do tratamento dos eventos violentos nas mídias em geral, ainda precisamos avançar na negociação de agendas comuns que deem visibilidade a situações de interesse para o conhecimento público, o que poderia favorecer o desenvolvimento de círculos de atenção social, essenciais à produção e reprodução de sentidos e às ações coletivas (CAVACA; VASCONCELLOS-SILVA, 2015).

Para consolidar seus conhecimentos

1. Existe no seu município um sistema de informações sobre o atendimento pré-hospitalar (Samu, Corpo de Bombeiros), hospitalar e pós-hospitalar (serviços de reabilitação) de pessoas em situação de acidentes e violências?
2. Como são registradas as informações geradas no atendimento às vítimas de acidentes e violências? Essas informações são registradas nos prontuários/fichas de atendimento? Usa-se a CID-10? É possível identificar a natureza da causa externa (se foi violência ou acidente)?
3. As informações geradas nos eventuais serviços de reabilitação às vítimas de acidentes e violências são registradas nos prontuários? Usa-se a CID-10? É possível identificar a natureza da causa externa (se foi violência ou acidente)?
4. Existe algum tipo de capacitação para que os profissionais responsáveis pelos registros aprimorem a qualidade de registro das informações sobre acidentes e violências?
5. Como as mídias locais tratam a questão da violência em seu município? Elas apresentam os dados dos serviços de saúde? Costumam entrevistar os profissionais de saúde?

16.6 Referências

ALMEIDA, W. S. *et al*. Captação de óbitos não informados ao Ministério da Saúde: pesquisa de busca ativa de óbitos em municípios brasileiros. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 200-211, 2017.

ANDRADE, C. L. T.; SZWARCWALD, C. L. Desigualdades sócio-espaciais da adequação das informações de nascimentos e óbitos do Ministério da Saúde, Brasil, 2000-2002. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, p. 1207-1216, 2007.

BRASIL. Decreto n. 5.099, de 3 de junho de 2004. Regulamenta a Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003, e institui os serviços de referência sentinela. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 4 jun. 2004a.

BRASIL. *Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 26 jan. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 23, 18 fev. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 443, de 26 de abril de 2000. Institui Comissão Geral de Coordenação da Rede

Interagencial de Informações para a Saúde - Ripsa. *Diário Oficial da União*: seção 2, Brasília, DF, p. 9, 28 abr. 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.737, de 16 de maio de 2001. Aprova a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 19 maio 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 820, de 25 de junho de 1997. Fica instituída a Rede Integrada de Informações para a Saúde - Ripsa no âmbito do Ministério da Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 13223, 26 jun. 1997a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 67, 9 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.969, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas e com doenças e acidentes relacionados ao trabalho. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 87, 2 out. 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.390, de 11 de dezembro de 1996. Fica instituída a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA), com objetivos de estabelecer bases de dados consistentes, atualizadas, abrangentes, transparentes e de fácil acesso. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 26817, 12 dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.406, de 5 de novembro de 2004. Institui serviço de notificação compulsória de violência contra a mulher, e aprova

instrumento e fluxo para notificação. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 84, 8 nov. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2014*: uma análise da situação de saúde e das causas externas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde Brasil 2015/2016*: uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo Aedes aegypti. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 970, de 11 de dezembro de 2002. Aprova e institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Sistema de Informações em Saúde para os Acidentes e Violências/Causas Externas/SISAV*. Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 12 dez. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Portaria n. 142, de 13 de novembro de 1997. Dispõe sobre o preenchimento de Autorização de Internação Hospitalar - AIH, em casos de quadro compatível com causas externas. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 26499, 17 nov. 1997b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Portaria n.119, de 9 de setembro de 1993. Inclui no Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS) a atenção ao acidentado do trabalho o código 044-2 (Atendimento específico para acidente do trabalho). *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 13796, 15 set. 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Portaria n. 116, de 11 de fevereiro de 2009. Regulamenta a coleta de dados, fluxo e periodicidade de envio das informações de óbitos e nascidos vivos para os Sistemas de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria

de Vigilância em Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 12 fev. 2009.

CASCAO, A. M.; COSTA, A. J. L.; KALE, P. L. Qualidade da informação sobre mortalidade numa coorte de diabéticos: Estado do Rio de Janeiro, 2000 a 2003. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 134-142, 2012.

CAVACA, A. G.; VASCONCELLOS-SILVA, P. R. Diseases neglected by the media: a theoretical approach. *Interface*: comunicação, saúde, educação, Botucatu, v. 19, n. 2, p. 83-94, 2015.

CONCHA-EASTAMAN, A.; VILLAVECES, A. Guias para el diseño, implementación y evaluación de sistema de vigilancia epidemiológica de violência y lesiones. Washington, DC: Organización Pan-Americana de la Salud, 2001.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (Brasil). Resolução n. 1.779, de 5 de dezembro de 2005. Regulamenta a responsabilidade médica no fornecimento da Declaração de Óbito. Brasília, DF: Conselho Federal de Medicina, 2005.

CORREIA, L. O. S.; PADILHA, B. M.; VASCONCELOS, S. M. L. Métodos para avaliar a completitude dos dados dos sistemas de informação em saúde do Brasil: uma revisão sistemática. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 19, n.11, p. 4467-4478, 2014.

COSTA, J. M. B. S.; FRIAS, P. G. Avaliação da completitude das variáveis da declaração de óbitos de menores de um ano residentes em Pernambuco, 1997-2005. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, p. 1267-1274, 2011. Suplemento 1.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2018. *Site*. Disponível em: http://www.datasus.gov.br. Acesso em: 18 maio 2020.

LÉVY, P. *A inteligência coletiva*. São Paulo: Loyola, 1999.

LOZADA, E. M. K. *et al*. Informações sobre mortalidade por causas externas e eventos de intenção indeterminada, Paraná, Brasil, 1979 a 2005. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 223-228, 2009.

MARIN, H. F. Sistemas de informação em saúde: considerações gerais. *Journal of Health Informatics*, São Paulo, v. 2, n. 1, p. 20-24, 2010.

MESSIAS, K. L. M. *et al*. Qualidade da informação dos óbitos por causas externas em Fortaleza, Ceará, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1255-1267, 2016.

MORAES, I. H. S.; GÓMEZ, M. N. G. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 553-565, 2007.

NJAINE, K.; REIS, A. C. Qualidade da informação sobre acidentes e violências. *In*: SOUZA, E. R.; MINAYO, M. C. S. (org.). *Impacto da violência na saúde dos brasileiros*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. p. 313-340.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. *Indicadores básicos de saúde no Brasil*: conceitos e aplicações. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2002.

SCHOEPS, D. *et al*. SIM e SINASC: representação social de enfermeiros e profissionais de setores administrativos que atuam em hospitais no município de São Paulo. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1483-1492, 2013.

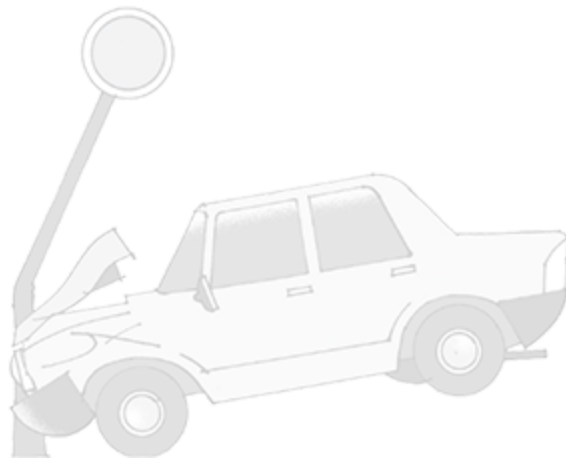
SILVA, L. M.; LUCE, B. F.; SILVA FILHO, R. C. Impacto da pós-verdade em fontes de informação para a saúde. *Revista Brasileira de Biblioteconomia e Documentação*, Brasília, DF, v. 13, p. 271-287, 2017.

SOUTO, R. M. C. V. *et al*. Perfil epidemiológico do atendimento por violência nos serviços públicos de urgência e emergência em capitais brasileiras, Viva 2014. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 2811-2823, 2017.

TOMAÉL, M. I. *et al*. Avaliação de fontes de informação na internet: critérios de qualidade. *Informação & Sociedade*: estudos, João Pessoa, v. 11, n. 2, p. 1-14, 2001.

TOMIMATSU, M. F. A. I. *et al*. Qualidade da informação sobre causas externas no Sistema de Informações Hospitalares. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 413-420, jun. 2009.

17. Vigilância de violências e acidentes no Brasil

Cheila Marina de Lima, Márcio Dênis Medeiros Mascarenhas, Marta Maria Alves da Silva

Este capítulo apresenta um panorama da implementação da vigilância de violências e acidentes no Brasil. Ressalta a necessidade de pactuação entre setores e discute a legislação em vigor.

As lesões decorrentes de acidentes (referentes a trânsito, envenenamento, afogamento, quedas, queimaduras e outros) e violências (relacionadas a agressões, homicídios, suicídios ou tentativas, abusos físicos, sexuais, psicológicos, negligências e outras) são definidas ou classificadas como causas externas de morbidade e mortalidade.

Há mais de uma década, as causas externas de morbimortalidade figuram entre os principais problemas de saúde pública no Brasil, devido à sua magnitude e gravidade, afetando principalmente os jovens. Os impactos

das violências e dos acidentes na saúde da população, no Sistema Único da Saúde (SUS) e na economia do país, demandam do poder público a adoção de estratégias para o seu controle e enfrentamento, especialmente pela mortalidade prematura, sobrecarga nos serviços de saúde, incapacidade em idade produtiva, aumento dos custos assistenciais, dentre outros.

Suas consequências para o sistema de saúde e para a sociedade apontam para a necessidade de aperfeiçoamento dos sistemas de informações sobre mortalidade e morbidade, com a finalidade de subsidiar políticas públicas para seu enfrentamento. Na maioria dos países, o conhecimento do impacto das causas externas acontece por meio da análise dos dados de mortalidade, sendo poucos os que conhecem fidedignamente as dimensões da morbidade hospitalar por essas causas (KRUG *et al.*, 2002).

Os dados sobre mortes e morbidade por causas externas podem ser acessados na página eletrônica do DATASUS (www.datasus.gov.br), permitindo fazer tabulações para as regiões, os estados e os municípios brasileiros.

No Brasil, as causas externas representam a terceira causa de morte na população em geral e a primeira na população de 1 a 49 anos. Em 2017, foram registrados no Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde (MS) 158.657 óbitos por causas externas, o que representa 12,1% do total de óbitos. No período de 2007 a 2017, houve um incremento percentual de 21,1% nos óbitos atribuídos a

essas causas. Em 2017, o sexo masculino respondeu por 81,9% das mortes, e o feminino, por 18,7%. Entre 2007 e 2017, a composição da mortalidade por causas externas registrou aumento: 38,7% para suicídios (de 9.401 para 13.039) e de 36% para homicídios, que passaram de 48.219 para 65.602, que equivale a uma taxa de 31,6 mortes para cada 100 mil habitantes com 35.783 (54,5%) jovens assassinados. Esse número representa uma taxa de 69,9 homicídios para cada 100 mil jovens no país, correspondendo a: 51,8% dos óbitos de jovens de 15 a 19 anos, 49,4% entre 20 e 24 anos e 38,6% das mortes entre 25 e 29 anos. Esse quadro faz dos homicídios a principal causa de mortes entre os jovens brasileiros em 2017. Entre 2016 e 2017, o Brasil experimentou aumento de 6,7% na taxa de homicídios de jovens. Em 2017 houve 6,3% (4.645 para 4.936) de aumento de assassinatos de mulheres em relação a 2016, de 30,7% de 2007 a 2017, e de 20,7% de aumento na taxa de mortalidade entre essa década (3,9 para 4,7 por 100 mil). Destaca-se que houve redução de 5,4% de acidentes de transporte terrestre (37.407 para 35.375) nesse mesmo período (DATASUS, 2018).

Em 2018, foram registradas no Sistema de Informações Hospitalares (SIH) 1.183.983 internações por causas externas, representando 10% de todas as internações realizadas nos serviços próprios e conveniados ao SUS, ocupando o primeiro lugar nas hospitalizações (excluindo-se o grupo gravidez, parto e puerpério). Na distribuição das internações por causas externas, segundo sexo e idade, observou-se que 68% eram homens e 32% mulheres. As hospitalizações concentraram-se nas faixas etárias de 15 a 39 anos (41,2% do total) e de 40 a 59 anos (26,0%). As internações por quedas (34,9%) e por acidentes de transporte terrestre (ATT) (15,5%) apresentaram as maiores frequências (DATASUS, 2018).

Entretanto, apesar dos números alarmantes, ainda desconhecemos a verdadeira magnitude e gravidade desse

problema, pois o que se observa é apenas a ponta de um *iceberg*, que são os casos graves, que foram a óbito ou geraram hospitalizações. As violências interpessoais e autoprovocadas contra crianças, adolescentes, jovens, adultos e idosos cometidas contra homens e mulheres, dentre outras violências, ainda não são dimensionadas em sua magnitude e gravidade.

Portanto, faz-se necessário ampliar o conhecimento sobre esse problema, inclusive caracterizando melhor o tipo e o local da violência e identificando o perfil da vítima e do(a) autor(a) da agressão, dentre outros.

17.1 Por que vigilância de violências e acidentes

Nas últimas décadas, a população brasileira experimentou importantes mudanças em seu perfil demográfico, epidemiológico e nutricional. Queda importante da fecundidade, aliada ao aumento da expectativa de vida, aumento da relevância das doenças crônicas não transmissíveis e das causas externas são manifestações contemporâneas dessas mudanças. Por outro lado, a persistência de antigos problemas de saúde pública e o surgimento de novas formas de adoecer e morrer por doenças transmissíveis emergentes e reemergentes adicionam complexidade a essa realidade. Todos esses fatos impõem ao setor saúde um cenário com novos e grandes desafios. Por isso, o envelhecimento, a urbanização, as mudanças sociais e econômicas e globalização impactaram o modo de viver, trabalhar e se alimentar dos brasileiros.

O Sistema Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) está apresentado com detalhes nas publicações sobre o tema apontadas a seguir.

- Portal de publicações da Secretaria de Vigilância em Saúde, com destaque para informações sobre vigilância, acidentes e violências (http://www.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/publicacoes).
- “Viva: Instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/novembro/09/instrutivo-viva_2016_2set16_isbn-web.pdf
- “Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2006 e 2007”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_vigilancia_violencias_acidentes.pdf
- “Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2008_2009_violencias_acidentes.pdf
- “Viva: Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, 2009, 2010 e 2011”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/viva_2009_2011_versao_eletronica.pdf

- “Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2011 e 2012”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/junho/14/viva-2011-2012-2jun16-isbn-finalissimo.pdf
- “Viva: Vigilância de violências e acidentes, 2013 e 2014”. BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/12/viva_vigilancia_violencia_acidentes_2013_2014.pdf
- “Notificação de violências interpessoais e autoprovocadas”. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/fevereiro/07/cartilha_notificacao_violencias_2017.pdf
- CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Vigilância em saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2011. Disponível em: https://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/colecao2011/livro_5.pdf

Buscando uma visão mais ampla do contexto atual, é necessário considerar o presente cenário epidemiológico do país, o conhecimento científico disponível, as novas tecnologias incorporadas pelo SUS às ações de vigilância e a Política Nacional de Vigilância em Saúde (PNVS), aprovada por meio da Resolução do Conselho Nacional de Saúde de n. 588, de 12 de julho de 2018, que conceitua a Vigilância em Saúde como um

> processo contínuo e sistemático de coleta, consolidação, análise de dados e disseminação de informações sobre eventos relacionados à saúde, visando o planejamento e a implementação de medidas de saúde pública, incluindo a regulação, intervenção e atuação em condicionantes e determinantes da saúde, para a proteção e promoção da saúde da população, prevenção e controle de riscos, agravos e doenças (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 2018).

A partir daí, pressupõe-se que o planejamento de intervenções eficazes para mitigar o problema não é factível sem o necessário conhecimento sobre o objeto da ação. Portanto, são essenciais sistemas de informação capazes de produzir conhecimento sobre quem e quantas são as pessoas acometidas pelo problema, onde e com que frequência ocorre e quais as causas e fatores associados, visando direcionar a intervenção à redução dos riscos e danos, bem como para racionalizar a aplicação dos recursos disponíveis. O acompanhamento das tendências permite, ainda, avaliar o efeito das intervenções, favorecendo a correção de rumos ou a intensificação da ação.

No Brasil, tradicionalmente, a vigilância de violências e acidentes tem sido feita considerando-se os dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM/MS), que, pela sua qualidade, permite o conhecimento fidedigno dos principais tipos de causas externas que determinam mortes. Esses dados são rotineiramente analisados e as informações divulgadas nas publicações do Ministério da Saúde. Também é feito o monitoramento das informações das internações

hospitalares por causas externas realizadas no SUS (SIH/SUS). As bases, de fácil acesso, são disponibilizadas pelo MS.

Nesse sentido, a partir da necessidade de se levantar dados sobre violências e acidentes que não resultam em hospitalização ou morte, cobertos pelos sistemas já existentes citados acima, o MS, por meio da Área Técnica de Vigilância e Prevenção de Violências e Acidentes da Coordenação de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), do Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DASNT) da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS) implantou a Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA) no âmbito do SUS em agosto de 2006. Essa iniciativa envolveu as três esferas de governo: o Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais de Saúde e Secretarias Municipais de Saúde (SES e SMS) e tem como objetivo conhecer a magnitude e a gravidade das violências e dos acidentes por meio da produção e difusão de informações epidemiológicas, e definir políticas públicas de enfrentamento como estratégias e ações de intervenção, prevenção, atenção e proteção às pessoas em situação de violência.

17.2 O Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes do MS

O VIVA tem o objetivo de coletar dados e gerar informações sobre violências e acidentes, a fim de subsidiar políticas em saúde pública direcionadas a esses agravos/eventos, buscando formas mais eficazes para preveni-los.

O sistema possui dois componentes. O primeiro, chamado **VIVA Contínuo/Sinan**, é o componente formado pela vigilância contínua de violências interpessoais e autoprovocada. É constituído pela notificação compulsória

de violência interpessoal e autoprovocada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan).

A notificação de violências é realizada por meio da Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal/Autoprovocada. Ela é preenchida em todos os serviços de saúde, sejam públicos ou privados, quando da suspeita e/ou confirmação da ocorrência de violências doméstica, sexual e/ou outras violências, tanto interpessoais como autoprovocadas e, a partir do 2º semestre de 2008, passou a integrar o Sinan.

De acordo com a Portaria GM/MS n. 2.472 de 31 de agosto de 2010, a notificação de violências era compulsória em unidades sentinelas (BRASIL, 2010). A ficha de notificação deveria ser digitada no Sinan pelos serviços responsáveis pela informação e/ou vigilância epidemiológica das secretarias municipais de saúde (SMS), que deveriam repassar semanalmente os arquivos em meio magnético para as secretarias estaduais de saúde (SES). A comunicação das SES com a SVS (Secretaria de Vigilância em Saúde) ocorreria de acordo com o cronograma definido pela SVS, no início de cada ano. Em 2011, por meio da Portaria n. 104 de 25 de janeiro, a notificação de violências interpessoais e autoprovocadas passa a ser compulsória em todo o território nacional (BRASIL, 2011).

Em 2014, por meio da Portaria n. 1.271, foi instituído que os casos de violência sexual e tentativas de suicídio se tornariam então eventos de comunicação imediata, ou seja, de notificação em até 24h à vigilância epidemiológica municipal (BRASIL, 2014).

Essa orientação se mantém na Portaria n. 204 de 17 de fevereiro de 2016 – atual Portaria que define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados (BRASIL, 2016).

Devido à magnitude do problema exposto, as causas externas se tornaram objeto de vigilância e de prevenção

em saúde e promoção de uma cultura de paz no âmbito do SUS, sob a coordenação do Ministério da Saúde. Esse monitoramento tem subsidiado a elaboração de políticas públicas e de ações de saúde que estão voltadas para o enfrentamento desse problema, priorizando-se os grupos em situação de vulnerabilidade. Por ser dinâmico e complexo, esse cenário exige análise contínua da situação da saúde das populações, a fim de orientar a tomada de decisão nas diferentes esferas de gestão do SUS, auxiliando na redefinição de prioridades, predição de cenários futuros e avaliação das intervenções em saúde implementadas.

Os profissionais da saúde, no exercício da profissão, têm o dever de notificar. Conforme pactuações locais, profissionais de outros setores, como educação e assistência social, podem também realizar a notificação.

Serão objetos de notificação – caso suspeito ou confirmado de:

- violência doméstica/intrafamiliar (todas as naturezas/forma) contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- violência sexual contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- violência autoprovocada (tentativa de suicídio) contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- tráfico de pessoas contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- trabalho escravo contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- trabalho infantil;
- intervenção legal contra pessoas do sexo masculino e feminino em todas as idades;
- violência extrafamiliar/comunitária cometida contra crianças, adolescentes, mulheres e pessoas idosas,

independentemente do tipo e da natureza/forma de violência, em conformidade com a legislação vigente.
- violências contra pessoas com deficiência, contra indígenas e população LGBT (lésbicas, *gays*, bissexuais, travestis e transexuais), independente do sexo e da idade da vítima, em função da maior vulnerabilidade desses segmentos da população.

A violência comunitária ou extrafamiliar contra homens adultos (20 a 59 anos) não serão objeto de notificação, exceto nas condições de vulnerabilidade já mencionadas.

Serão objetos de notificação imediata à autoridade sanitária municipal os casos de:

- violência sexual, a fim de que as medidas de contracepção de emergência, profilaxias (DST, HIV e hepatite B) e a coleta de material biológico sejam realizadas oportunamente;
- tentativa de suicídio, para que a notificação se torne intervenção no caso por meio do encaminhamento e vinculação da vítima de forma imediata aos serviços de atenção psicossocial e rede de atenção e proteção social.

A notificação imediata possibilita a intervenção individual adequada em tempo oportuno, pois subsidia medidas de prevenção que têm como base conhecer, identificar fatores de risco e proteção, cuidar e acompanhar os casos.

A implementação do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes, em seu componente do VIVA Contínuo e Sentinela, é responsabilidade do Ministério da Saúde, em parceria com as secretarias estaduais de saúde e secretarias municipais de saúde. O registro dos dados no módulo do Sinan é alimentado pelas SMS. A sistematização dos dados permite caracterizar os tipos e a natureza das violências

cometidas, o perfil das vítimas e dos(as) prováveis autores(as) das violências.

Outro aspecto importante do dispositivo de notificação está relacionado à necessidade de registro dos dados coletados nas fichas, pois essas informações deverão subsidiar o Poder Público e as três esferas de gestão do SUS, nos âmbitos federal, estadual e municipal, quanto à definição de prioridades e de políticas públicas de prevenção da violência e de promoção de saúde, articulando os diversos integrantes das redes de cuidado que compõem o SUS. Dessa forma, a notificação insere-se como uma das estratégias primordiais do Ministério da Saúde no âmbito das ações contra a violência e como estratégia para articulação de políticas de saúde.

Além disso, a notificação das violências foi estabelecida como obrigatória por vários atos normativos e legais. Entre eles, destacam-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei n. 8.069/1990; a Lei n. 10.778/2003, que institui a notificação compulsória de violência contra a mulher; a Lei n. 10.741/2003, que define o Estatuto do Idoso, modificado pela Lei n. 12.461, de 26 de julho de 2011; a Lei n. 13.146/2015, que institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência) e a Lei n. 13.819/2019, que institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os estados, o Distrito Federal e os municípios, que institui a notificação compulsória em tentativa de suicídio e automutilação (BRASIL, 1990, 2003a, 2003b, 2011, 2015, 2019a).

Para conhecer mais sobre o tema, leia:

- “Perfil do inquérito de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência”, de Marta Maria Alves da Silva e colaboradores, em *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 183-194, jan./ mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622ress-26-01-00183.pdf

A segunda dimensão da vigilância de violências e acidentes é o VIVA Inquérito. Tem como principal objetivo conhecer a magnitude e a gravidade das violências e acidentes nos serviços de referência de urgências e emergências que atendam causas externas, nas capitais e municípios selecionados, a fim de subsidiar as políticas de enfrentamento desses agravos.

Em 2006, foi realizada a primeira edição do “Inquérito de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência”. Novas edições ocorreram em 2007, 2009, 2011, 2014 e 2017.

Desde sua criação, o Sistema VIVA expandiu a gama de eventos monitorados, a rede de unidades notificadoras e se consolidou como importante estratégia para a coleta e sistematização de dados sobre causas de violências e acidentes no Brasil. Contudo, ainda depara-se com importantes desafios, como a universalização da cobertura do VIVA Sinan, a disponibilização de dados e produção de análises de forma oportuna, o aprimoramento do VIVA Inquérito, bem como o planejamento e a garantia de financiamento para sua sustentabilidade.

Figura 1 – Componentes do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA)

COMPONENTE I VIVA/SINAN

Serviços de Saúde

Coleta contínua

1ª via: Serviços de Saúde
2ª via: Vigilância Epidemiológica*

COMPONENTE II VIVA INQUÉRITO

Unidades Sentinela de Urgência e Emergência

Plantões sorteados (amostragem)
Coleta durante 30 dias consecutivos
Ocorrência periódica

Única via: Vigilância em Saúde/ Vigilância Epidemiológica

Secretaria Municipal de Saúde
Vigilância em Saúde/Vig. Epidemiológica
Digitação, consolidação e análise dos dados
Implementação de políticas de enfrentamento

Regionais de Saúde
Consolidação e análise dos dados
Implementação de políticas de enfrentamento

Secretaria Estadual de Saúde
Vigilância em Saúde/Vig. Epidemiológica
Consolidação e análise dos dados
Implementação de políticas de enfrentamento

Divulgação dos resultados

Políticas públicas de enfrentamento

Ministério da Saúde
Secretaria de Vigilância em Saúde
Consolidação e análise dos dados
Implementação de políticas de enfrentamento

Componente I: VIVA/Sinan
Componente II: VIVA inquérito
Componentes I e II

Fonte: Brasil (2017b).

* Em caso de violência contra crianças e adolescentes, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Conselho Tutelar ou Ministério Público), em conformidade com a Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990, que institui o Estatuto da Criança e do Adolescente. Mediante casos de violência contra idosos, encaminhar comunicado sobre o evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselho do Idoso), ou de responsabilização (delegacias especializadas), de acordo com a Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003, que institui o Estatuto do Idoso. Em caso de violência contra pessoas com deficiência, encaminhar

comunicado sobre evento notificado para os órgãos de defesa de direitos (Ministério Público ou Conselhos dos Direitos da Pessoa com Deficiência) ou de responsabilização (delegacias especializadas ou outra).

A notificação deverá ser preenchida em duas vias, devendo uma delas ficar na unidade de saúde e a outra, encaminhada para a vigilância epidemiológica do município, seguindo os fluxos e a rotina do Sinan; a SMS envia os dados consolidados a partir da notificação individual para a vigilância epidemiológica da SES, que, por sua vez, os envia para o MS.

17.3 Alguns resultados a partir do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

Desde a universalização no SUS (2011) até 2017, foram registradas no VIVA/Sinan 1.429.249 notificações de violências no Brasil, um crescimento de 185,2%, com 71,6% dos municípios brasileiros notificando; em aproximadamente 71% das notificações, as vítimas são do sexo feminino (BRASIL, 2017b). Alguns dados sobre o Brasil, extraídos pelo Ministério da Saúde diretamente do banco de dados VIVA/Sinan/SVS/ MS apontam a melhoria do sistema de vigilância, podendo ser vistos nos Gráficos 1 a 4.

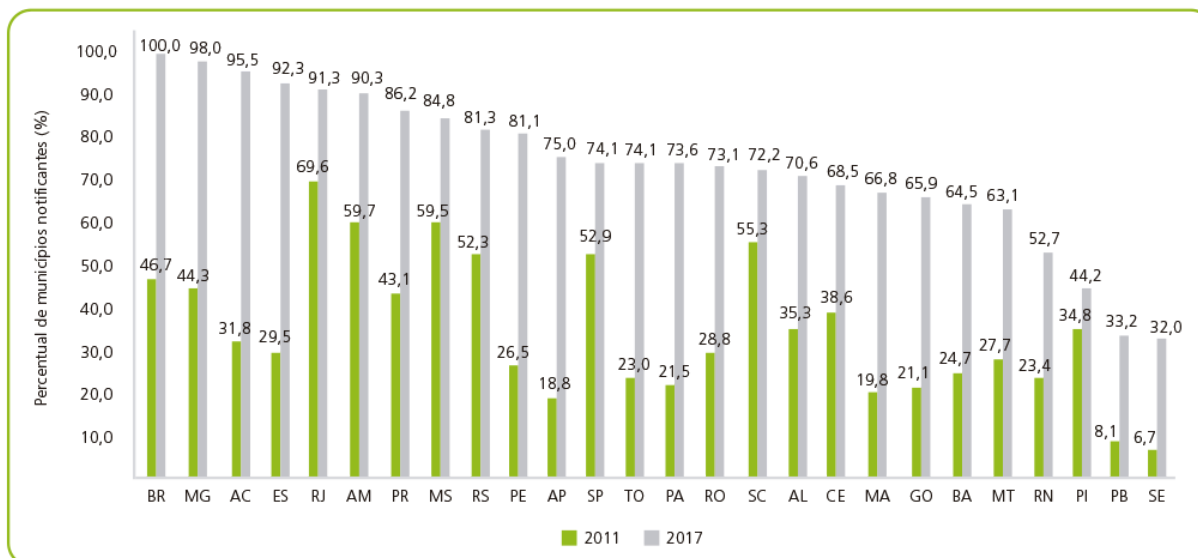
Gráfico 1 – Percentual de municípios que registraram pelo menos uma notificação de violência interpessoal ou autoprovocada, segundo UF e ano de notificação. Brasil, 2011 e 2017

Fonte: VIVA/Sinan/SVS/MS.

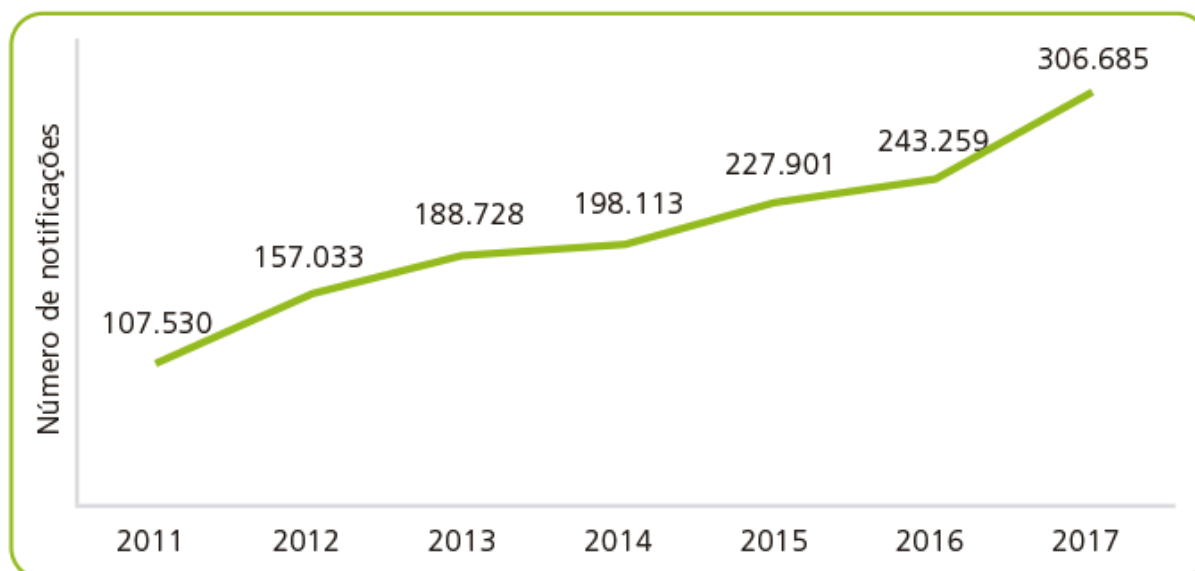
Gráfico 2 – Crescimento das notificações no Brasil entre 2011 e 2017 (185,2%)

Fonte: VIVA/Sinan/SVS/MS.

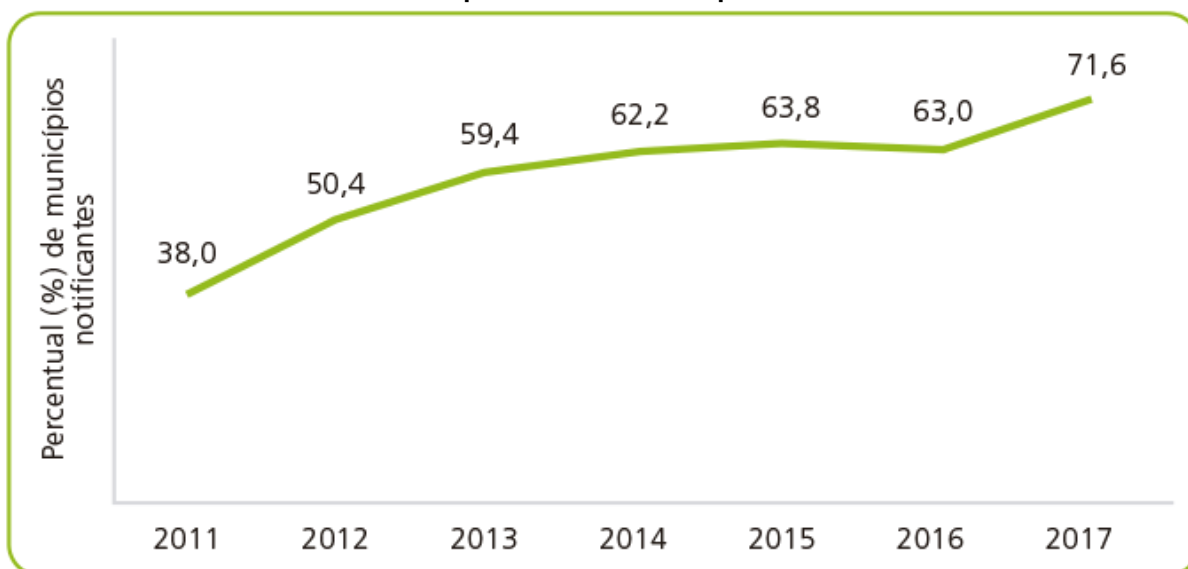
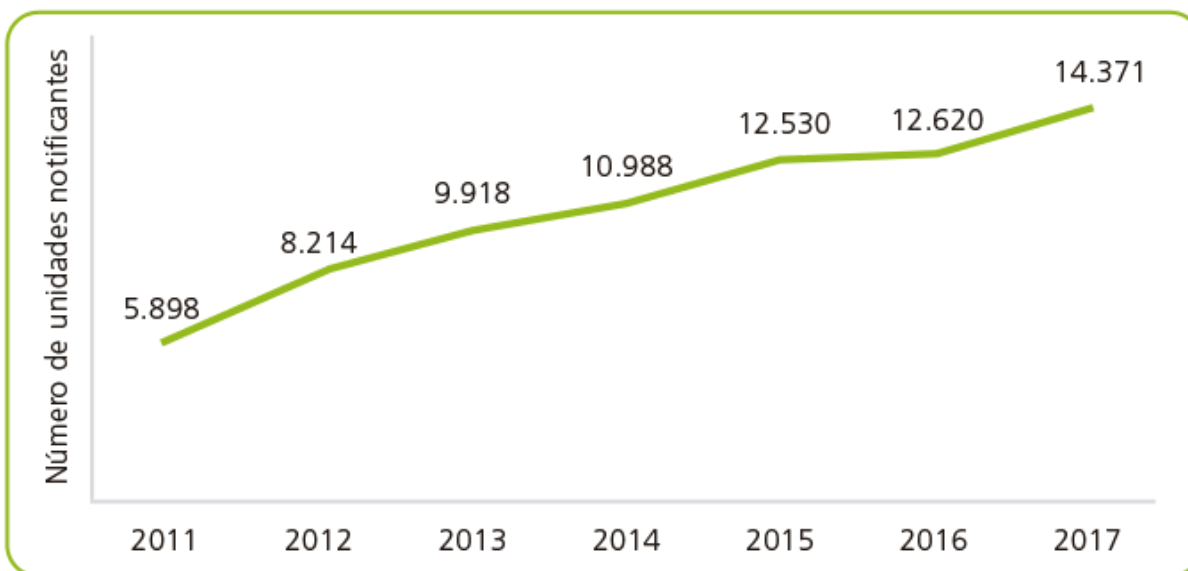
Gráfico 3 – Elevação da notificação de violências entre 2011 e 2017 pelos municípios brasileiros

Fonte: VIVA/Sinan/SVS/MS.

Gráfico 4 – Aumento do número de unidades notificantes no Brasil entre 2011 e 2017 (143,6%)

Fonte: VIVA/Sinan/SVS/MS.

No âmbito da vigilância de violências (interpessoais e autoprovocadas), Vigilância Contínua/Sinan, em 2017, foram registradas 307.367 notificações de violência

interpessoal/autoprovocada no Brasil. Desse total, 71,8% das vítimas notificadas eram mulheres, 46,5% eram adolescentes (10-19 anos) ou jovens adultas? (20-29 anos), 45,5% eram negras, 40,4% eram brancas e 12,5% tiveram a raça/cor da pele ignorada. Do total de notificações, 22,2% foram referentes a lesões autoprovocadas e, dentre elas, 34,5% corresponderam a tentativas de suicídio.

Entre os casos de violências interpessoais, houve predomínio das agressões físicas (67,7%), seguidas pelas psicológicas (28,8%), negligência/ abandono (16,4%) e sexuais (15,4%). Parceiros íntimos (28,5%) e familiares (27,3%) foram os agressores mais frequentes.

No que se refere especialmente a crianças e adolescentes, para o ano de 2017, foram registrados 20.520 casos de lesão autoprovocada e de tentativas de suicídio. Esse cenário evidencia a necessidade de qualificação da rede de proteção para o cuidado oportuno e prevenção do suicídio.

No campo da vigilância dos acidentes (trânsito, quedas, queimaduras, dentre outros), VIVA Inquérito, 2017, foram registrados 48.532 atendimentos em 90 serviços sentinelas de urgência e emergência pesquisados, em 23 capitais de estados brasileiros e no Distrito Federal. Desses, 44.243 (91,1%) corresponderam a acidentes, e 4.289 (8,9%), a violências (Brasil, 2019b).

As ocorrências mais frequentes foram queda acidental (35,4%), acidente de transporte (21,7%), agressão/maus-tratos (7,9%). As menos frequentes foram afogamento (< 0,1%), ferimento por arma de fogo (0,3%) e sufocação/engasgamento (0,4%) (Brasil, 2019b).

Outros estudos estão sendo feitos a partir do *linkage* de dados do SIM e do Sinan como, por exemplo, o que é feito para identificar as mulheres em todo o curso da vida que tiveram notificação de violências e foram a óbito por DCNT e por causas externas, conforme os dados a seguir.

Risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016

- três mulheres com notificação de violência morreram por causas externas a cada dia, em média;
- 54,5% brancas e 44,3% negras;
- 63,1% com ensino fundamental I ou II (9º ano);
- 58,0% solteiras e 27,6% casadas ou em união estável;
- 78,4% residentes em municípios de até 500 mil habitantes;
- alto percentual de violência de repetição: 34,6% em mulheres adultas;
- residência: principal local onde a violência ocorreu – 85,6% entre as idosas e 73,9% entre as adultas;
- importante percentual de lesão autoprovocada: mais de 47,0% em adultas e idosas;
- predominância da violência física (62,6%);
- entre crianças e idosas, os principais autores das violências foram os familiares; já no grupo de adolescentes, jovens e adultas foram os parceiros íntimos.

Estudo exploratório da mortalidade feminina por doenças crônicas não transmissíveis com notificação anterior de violência

- duas mulheres com notificação de violência morreram por causas não transmissíveis a cada dia, em média;
- 58,2% brancas e 41,0% negras;
- 60,9% com ensino fundamental I ou II (9º ano);
- 35,6% solteiras e 32,7% viúvas;
- 64,2% residentes em municípios de até 500 mil habitantes;

- alto percentual de violência de repetição: 65,2%;
- residência: principal local onde a violência ocorreu – mais de 88,0% entre as idosas e 83,5% entre as adultas;
- predominância da violência física (35,4%) e negligência (28,3%).

Estudos como esses vêm demonstrando que:

- O ambiente doméstico é o principal local para a ocorrência de violências contra mulheres, sendo os principais agressores os familiares e parceiros íntimos, demonstrando o caráter íntimo e relacional das violências.
- O elevado grau de repetição demonstra o caráter crônico e perverso das violências contra as mulheres e a fragilidade da rede intersetorial em prover cuidados de saúde, de proteção e justiça.
- Os episódios de **violência tendem a se tornar progressivamente mais graves com o passar do tempo**, especialmente quando há a denúncia ou separação do casal.
- Mulheres com notificação de violência têm maior risco de morrerem por causas externas e por causas não transmissíveis, em comparação com a população feminina geral, especialmente por violências interpessoais e autoprovocadas.
- No Brasil, as mulheres expostas à violência têm um risco estimado de mortalidade que é quase oito vezes maior do que o da população geral de mulheres, com uma estimativa combinada de 100 mortes por semana, como consequência direta e indireta da exposição à violência.
- As mulheres expostas à violência terão um risco aumentado de mortalidade, independentemente do seu

local de residência, grupo etário, origem racial/étnica, situação do estado civil e estatuto socioeconômico.

17.4 Avanços do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes

Os avanços obtidos no Brasil em relação ao Sistema de Vigilância de Violência e Acidentes são significativos, dentre os quais destacamos:

- Exigência legal para notificação de violências contra crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas e pessoas com deficiência.
- Visibilidade do problema, permitindo conhecer sua magnitude, gravidade e perfil.
- Elemento-chave na atenção integral às pessoas, permitindo que a rede de proteção e de garantia de direitos seja acionada e se articule.
- Instrumento de cuidado e não de denúncia!

A necessidade de superar os desafios para o enfrentamento das violências e acidentes é reforçada em um contexto de elevada morbidade e mortalidade por causas externas, e em face às dificuldades para monitorar e alcançar diversas metas nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), que contemplam a redução da ocorrência desses eventos.

Os ODS buscam fortalecer a paz universal com mais liberdade, com destaque para alguns compromissos aqui destacados: até 2020, reduzir pela metade as mortes e lesões em consequência dos acidentes de trânsito; acabar com todas as formas de discriminação contra todas as mulheres e meninas em todas as partes; eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo o tráfico e exploração

sexual e de outros tipos; eliminar todas as práticas nocivas, como os casamentos prematuros, forçados e de crianças, e mutilações genitais femininas; reduzir significativamente todas as formas de violência e as taxas de mortalidade relacionada em todos os lugares; acabar com abuso, exploração, tráfico e todas as formas de violência e tortura contra crianças, dentre outras (Brasil, 2018b). A efetividade dessa agenda dependerá de sua atuação sobre o território, de sua expressão em agendas territorializadas, cuja governança e gestão estratégica, em especial a avaliação de efetividade, são os desafios mais relevantes e, para isso, é necessário difundir e dar transparência ao seu processo de implementação.

17.5 Finalizando...

Com o Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), o Ministério da Saúde espera:

- promover vigilância contínua de violências nos serviços públicos e privados de saúde;
- identificar e monitorar os casos de violência notificados nos serviços públicos e privados de saúde;
- caracterizar e monitorar o perfil da violência segundo características da vítima, da ocorrência e do provável autor(a) da agressão;
- identificar fatores de risco e proteção associados à ocorrência das violências;
- identificar áreas de maior vulnerabilidade para ocorrência de violência;
- monitorar os encaminhamentos para a rede de atenção e proteção integral;
- intervir nos casos, a fim de prevenir consequências das violências e encaminhar para a rede de atenção e proteção;

- implantar/implementar políticas públicas de enfrentamento das violências e promoção da cultura de paz.

Especificamente sobre o Vigilância Sentinela de Violências e Acidentes espera-se descrever o perfil epidemiológico das vítimas de violências e acidentes atendidas em serviços sentinela de urgência e emergência, selecionadas segundo aspectos demográficos, tipos de ocorrência (violências e acidentes), circunstâncias, natureza das lesões e evolução do atendimento.

17.6 Referências

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Lei n. 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre Estatuto do Idoso. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 3 out. 2003a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm. Acesso em: 26 nov. 2012.

BRASIL. *Lei n. 10.778, de 24 de novembro de 2003*. Estabelece a notificação compulsória, no território nacional, do caso de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde públicos ou privados. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2003b. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/2003/L10.778.htm. Acesso em: 18 maio 2020.

BRASIL. *Lei n. 12.461, de 26 de julho de 2011*. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2011a. Disponível em:

http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12461.htm. Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. *Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015*. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, DF: Presidência da República, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Lei/L13146.htm. Acesso em: 30 ago. 2015.

BRASIL. *Lei n. 13.819, de 26 de abril de 2019*. Institui a Política Nacional de Prevenção da Automutilação e do Suicídio, a ser implementada pela União, em cooperação com os Estados, o Distrito Federal e os Municípios; e altera a Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1998. Brasília, DF: Presidência da República, Casa Civil, 2019a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2019/Lei/L13819.htm. Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Guia de vigilância em saúde*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. v. 3.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Notificação de violência interpessoal/autoprovocada*: Portaria GM/MS n. 1.271/2014 e SINAN versão 5.0. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: http://portalms.saude.gov.br/vigilancia-em-saude/vigilancia-de-doencas-cronicas-nao-transmissiveis-dcnt/situacaoepidemiologica/922-saude-de-a-a-z/acidentes-e-violencias/41893-notificacao-de-violencia-interpessoalautoprovocada-portaria-gm-ms-n-1271-2014-e-sinan-versao-5-0. Acesso em: 19 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 104, de 25 de janeiro de 2011. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios, responsabilidades e atribuições aos profissionais e

serviços de saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 37, 26 jan. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 204, de 17 de fevereiro de 2016. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 23, 18 fev. 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 67, 9 jun. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Viva*: vigilância de violências e acidentes, 2008 e 2009. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis. *Viva inquérito 2017*: vigilância de violências e acidentes em serviços sentinelas de urgência e emergência: capitais e municípios. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019b

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2017*: uma análise da situação de saúde e os desafios para o alcance dos objetivos de desenvolvimento sustentável. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos

não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018*: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva*: instrutivo notificação de violência interpessoal e autoprovocada. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Viva*: Vigilância de Violências e Acidentes: 2013 e 2014. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. *Sistema de Informação de Agravos de Notificação, Sinan*: normas e rotinas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2007.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). *Vigilância em Saúde*. Brasília, DF: CONASS, 2007.

DATASUS: Departamento de Informática do SUS. Brasília, DF, 2018. *Site*. Disponível em: http://www.datasus.gov.br. Acesso em: 18 maio 2020.

KRUG, E. G. (ed.) *et al*. *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization, 2002.

LIMA, C. M. *et al.* Estudo exploratório da mortalidade feminina por doenças crônicas não transmissíveis com notificação anterior de violência. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018*: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. p. 193-211.

PINTO, I. V. *et al.* Risco de óbito por causas externas em mulheres com notificação de violência no Brasil, 2011 a 2016. *In*: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. *Saúde Brasil 2018*: uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2019. p. 214-232.

SILVA, Marta Maria Alves da *et al*. Perfil do inquérito de violências e acidentes em serviços sentinela de urgência e emergência. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, Brasília, DF, v. 26, n. 1, p. 183-194, jan./mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ress/v26n1/2237-9622-ress-26-01-00183.pdf. Acesso em: 19 maio 2020.

18. Elaboração do diagnóstico situacional e do plano local de promoção, prevenção e atenção às situações de violências e acidentes

Cláudia Araujo de Lima, Edinilsa Ramos de Souza, Maria Cecília de Souza Minayo, Suely Ferreira Deslandes

Neste capítulo, apresentamos o passo a passo da realização do diagnóstico situacional, momento importante para o planejamento das ações de enfrentamento à violência e etapa essencial para a elaboração de plano local de promoção, prevenção e atenção às situações de violências e acidentes.

18.1 Diagnóstico situacional

Um diagnóstico situacional constitui a base essencial para qualquer análise e avaliação de um determinado quadro, ou processo social ou sanitário. Conhecer em profundidade uma situação-problema e os recursos para enfrentá-la é estratégico para o planejamento e para a gestão. Um diagnóstico sobre a situação de violências e acidentes visa descrever um quadro amplo, da forma mais detalhada possível, incluindo:

1. a situação de morbimortalidade por acidentes e violências numa determinada localidade e seu impacto na saúde das populações;
2. as propostas de enfrentamento que estão atuantes nessa mesma localidade, de modo a dar conta dos êxitos e das dificuldades do sistema de saúde para atuação diante da questão.

Em outros termos, o diagnóstico, nesse caso, tem por objetivo responder como violências e acidentes afetam a saúde das pessoas de diferentes sexos, gênero, faixas etárias, etnias/raças, moradoras desse ou daquele bairro ou região da cidade, pertencentes a esse ou aquele grupo social, incluídas em certo processo de trabalho ou desempregadas. Procura saber o quanto essas violências e acidentes afetam os serviços de saúde e dele demandam distintos tipos de atendimentos, desde o fundamental cuidado médico voltado ao reparo das lesões e atenção aos traumas e suas consequências, até a necessidade de atenção psicológica, social, de reabilitação, orientação jurídica, entre outras.

Em contrapartida, um diagnóstico bem-feito busca conhecer, também, quais as iniciativas existentes, as parcerias que já são feitas para atender às vítimas e prevenir

essas violências, os acidentes e seus respectivos agravos. É conhecer como esses programas e serviços atuam e que públicos-alvo privilegiam. É buscar compreender a história dessas iniciativas, resgatando as motivações dos atores e seu contexto de institucionalização. É detectar quais são os avanços e as lacunas dessas propostas.

Uma determinada cidade pode, por exemplo, ter alta taxa de mortalidade e morbidade por acidentes envolvendo motofretistas (os *motoboys*) e nenhum programa voltado para essa categoria profissional. Pode apresentar um considerável número de atendimentos nos prontos-socorros de crianças e adolescentes que sofrem maus-tratos físicos, psicológicos e sexuais, e só possuir serviços voltados para o atendimento das vítimas de exploração e abuso sexual. Pode somente privilegiar a atenção às pessoas que vivem essas violências e não incluir o atendimento aos seus familiares, desconsiderando a dinâmica interacional que sustenta comportamentos violentos. Essa fase do **diagnóstico**, em suma, pondera sobre o que tem sido feito, como tem sido feito e o que falta fazer.

Por sua vez, o processo diagnóstico tem um caráter eminentemente "estratégico". Isso significa que esse tipo de pesquisa está comprometido com respostas atuais e futuras do sistema, buscando o aperfeiçoamento das ações em favor das pessoas em situação de acidentes e violências. Significa dizer que esse conhecimento produzido precisa ser colocado em benefício da construção de respostas mais efetivas. A partir dele se esperam esforços para, ao mesmo tempo, detectar avanços, apontar limites e propor novos rumos.

Por isso, a reflexão diagnóstica parte de uma visão crítica e reflexiva da ação, incluindo o diálogo com interlocutores que atuam nessa área, com os dados disponíveis e com a bibliografia pertinente. O ideal é que o diagnóstico seja realizado de forma participativa, e que o maior número de instituições e pessoas sejam entrevistadas, de modo que cada uma possa expor suas dificuldades nas linhas de

atuação, bem como suas potencialidades, ou seja, aquilo que realiza ou que tem como compromisso, como missão institucional.

Entendemos, didaticamente, que um diagnóstico sobre a violência precisaria minimamente cumprir duas etapas distintas e complementares:

1. diagnóstico da distribuição e da qualificação dos acidentes e violências naquela população e seu impacto na constituição de demandas para o setor saúde;
2. mapeamento e análise crítica das iniciativas de atendimento às vítimas e daquelas voltadas para a prevenção.

18.1.1 Etapa 1 do diagnóstico situacional

O diagnóstico situacional começa pela elaboração do perfil epidemiológico sobre os acidentes e violências da localidade, visando responder a questões fundamentais como: quais as formas mais frequentes de acidentes e violências, quais os grupos populacionais mais afetados por esses eventos e a que período de tempo essas informações se referem.

> Conforme discutido no Capítulo 5, “Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências”, cabe lembrar que, do ponto de vista da mortalidade, o setor saúde trabalha com os acidentes e violências sob a denominação de causas externas de morbidade e mortalidade (Capítulo 20 da CID-10). Para a morbidade, esses eventos assumem a designação de lesões, envenenamentos e algumas outras consequências de causas externas (Capítulo 19 da CID-10) (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 1996).

Outro ponto fundamental é saber que problema de saúde estamos querendo diagnosticar – a mortalidade ou a morbidade.

O passo seguinte será identificar que fontes de dados poderão ser consultadas ou acessadas, a fim de conseguir as informações desejadas. Tradicionalmente, o setor saúde tem trabalhado com dois grandes bancos de dados nacionais: um sobre a mortalidade – Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) –, cujo instrumento básico é a Declaração de Óbito (DO); e outro sobre a morbidade – Sistema de Informações sobre Hospitalizações (SIH) –, que lança mão dos dados das Autorizações de Internações Hospitalares (AIH), além das informações de notificação compulsória que estão disponíveis no Sistema de Informações de Agravos de Notificação (Sinan).

Mais detalhes sobre esses sistemas podem ser encontrados no Capítulo 16 deste livro, “Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas”.

Esses bancos de dados constituem as estatísticas oficiais do país, dos estados e municípios sobre a situação de mortalidade e de morbidade da população. O uso de instrumentos padronizados de registros, a DO e a AIH, em todo o território nacional permite que estudos comparativos sejam realizados.

É preciso estar atento para a qualidade de tais informações, conforme destacado no Capítulo 16 deste livro, “Qualidade da informação sobre morbimortalidade por causas externas”.

Além dessas, podem existir outras fontes de dados sobre acidentes e violências estruturadas ou não, informatizadas ou manuais, das quais é possível se lançar mão para complementar os dados necessários ao diagnóstico. Assim, podem ser usados dados dos registros de unidades de saúde, como as emergências hospitalares e os serviços especializados no atendimento às vítimas de violência, dados do Samu, do Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência (Siate) ou do **Grupamento de Socorro de Emergência** (GSE), entre outras fontes. Também podem ser considerados dados de instituições de outros setores, como os registros de ocorrências policiais (RO), informações geradas nos departamentos de trânsito e registros de órgãos de proteção, como conselhos tutelares e delegacias especiais, por exemplo. As organizações não governamentais costumam ser fontes de informação sobre determinados grupos sociais específicos: mulheres, homossexuais, negros etc. O que importa é que o diagnóstico possa abrir o leque de opções que sirva como base para construir o perfil epidemiológico local dos acidentes e violências. A internet disponibiliza muitos dados das organizações e observatórios, todavia o cuidado com a verificação das fontes e credibilidade dos dados é fundamental.

Para refletir

Considerando a realidade de seu trabalho, há um perfil epidemiológico sobre os acidentes e violências, mesmo que precário? Como, quando e por quem foi feito?

Uma vez definidos o ano ou período para o qual desejamos realizar o diagnóstico situacional e as fontes a serem pesquisadas, comentamos sucintamente algumas das análises que podem ser feitas com esse objetivo.

Identificação da magnitude e do impacto dos acidentes e violências

- Qual o número de mortes por causas externas e de internações por lesões e envenenamentos ocorridas no município, em determinado ano ou período de tempo?
- Qual a posição ocupada pelas causas externas no obituário geral da população e que lugar os acidentes e violências ocupam entre as causas de internações hospitalares?
- Qual é o percentual de mortes por causas externas entre todos os óbitos ocorridos na população, em determinado ano ou período de tempo? Do mesmo modo, qual o percentual de internações por lesões e envenenamento em relação a todas as hospitalizações realizadas em um ano ou período?

Mensuração dos riscos de morrer ou adoecer por acidentes e violências

Para identificar os riscos da população do seu município, vamos considerar e calcular alguns dos indicadores mais usados.

- **Coeficiente de mortalidade por causas externas em um período** – permite analisar a tendência desses eventos ao longo do tempo: se o risco está crescendo, permanece estável ou diminui.
- **Coeficiente de mortalidade por causas externas, segundo sexo e faixas etárias** – avalia os riscos de grupos e fases de vida mais submetidos a esses agravos letais.
- **Coeficiente de mortalidade por causas externas específicas** – acidentes de trânsito, quedas, afogamentos, agressões, lesões autoinfligidas, entre

outras causas. Por meio desse indicador, é possível analisar quais os maiores riscos entre os subgrupos específicos de acidentes e violências.

Para lembrar o que é risco ou chance de morrer ou de adoecer por acidentes e violências, consulte o Capítulo 5, “Indicadores epidemiológicos de morbimortalidade por acidentes e violências”.

Esses coeficientes podem ser detalhados em função daquilo que o profissional/gestor deseja aprofundar, a fim de conhecer melhor sua realidade e, a partir daí, desenvolver ações de controle e prevenção.

Todos os coeficientes podem ser também calculados para a morbidade, seja ela relativa às internações hospitalares, aos atendimentos em unidades ambulatoriais de saúde ou outros registros desses eventos não letais.

18.1.2 Etapa 2 do diagnóstico situacional

Para a elaboração de um diagnóstico das iniciativas para a prevenção e para o atendimento às vítimas dos acidentes e violências, tomamos como norte o que é preconizado pela Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001).

A política tem sete diretrizes principais:

1. Promoção e adoção de comportamentos e de ambientes saudáveis
2. Monitorização da ocorrência de acidentes e de violências
3. Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar
4. Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências

5. Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação
6. Capacitação de recursos humanos
7. Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.

Analisemos cada uma das diretrizes nas principais recomendações que a política apresenta, tentando completar suas eventuais lacunas.

Promoção e adoção de comportamentos e ambientes saudáveis

- Há sensibilização e mobilização da sociedade em geral e da mídia, em particular, nesse sentido? O que tem sido feito no município em relação a essas questões? Há campanhas ou outras formas de atuação que promovam e adotem comportamentos e ambientes livres de acidentes e violências?
- A **Resolução n. 143**, de 26 de março de 2003 (CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO, 2003), tem sido cumprida com a devida aplicação do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres (DPVAT) na prevenção dos acidentes de trânsito?
- Há iniciativas de sensibilização dos formadores de opinião para a promoção de comportamentos não violentos?
- Há produção e divulgação de materiais educativos destinados à população e aos profissionais da saúde e da educação, visando prevenir violências e acidentes, e promover ambientes e medidas saudáveis?
- Existem ações de prevenção incorporadas em todos os programas (saúde da mulher, da criança etc.), planos e projetos de atenção a grupos específicos da população?

- O município dispõe de planos de emergência para acidentes ampliados por manipulação de substâncias perigosas?
- Existem articulações entre setores do governo e da sociedade civil para a promoção de ações preventivas? Exemplo: Secretaria de Saúde e Secretaria de Educação para educação em saúde nas escolas, Secretaria de Educação e Secretaria de Esportes e/ou Cultura para ampliação de espaços comunitários que beneficiem diretamente a população e previnam situações de violência; Secretaria de Saúde com setores do trânsito para ações de prevenção a esses acidentes.

Monitorização da ocorrência de acidentes e violências

- É promovido o registro contínuo e padronizado, segundo natureza, tipo de lesão e causa? Esse registro informa o sistema, apoiando o planejamento das ações?
- Há estímulo à formação de grupos intersetoriais de discussão sobre o impacto dos acidentes e violências no setor saúde?
- Tem sido feita a sensibilização dos gestores e médicos do Instituto Médico Legal sobre a importância dos dados desse setor?
- Já houve alguma auditoria para verificar a qualidade da informação dos sistemas?
- Foram elaboradas normas para padronizar fichas de atendimento pré-hospitalar e hospitalar (com perfil do paciente, tipos de lesões, causas e acidentes de trabalho)?
- Existem ações de vigilância para os casos de morbidade? Essas iniciativas locais têm recebido apoio?
- Está implantada a notificação obrigatória de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e

adolescentes, de acordo com o que preconizam o Estatuto da Criança e do Adolescente (BRASIL,1990) e a Portaria n. 1.968/2001do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001a)?

- O que é feito para cumprir as legislações específicas para a proteção de direitos das mulheres e dos idosos que sofrem violência?

Sistematização, ampliação e consolidação do atendimento pré-hospitalar

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências opera aqui uma redução, pois percebe o atendimento pré-hospitalar (APH) apenas em sua vertente de pré-hospitalar móvel, nada mencionando sobre o pré-hospitalar fixo (postos de pronto-socorro 24 horas). Nesse sentido, completamos com outros questionamentos, para um melhor diagnóstico, tomando como referência a Política Nacional de Atenção às Urgências (BRASIL, 2004), que veio posteriormente para regular os atendimentos de urgências e emergências, pré-hospitalar e hospitalar às causas externas.

- Como está o processo de organização e implantação de serviços de atenção pré-hospitalar no município?
- O município segue a padronização regulamentada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) sobre a construção de veículos para transportes de pacientes, verificando as medidas, as acomodações e os equipamentos exigidos?
- Encontra-se à disposição o mapeamento das áreas de risco?
- Foram elaborados planos de atendimento pré-hospitalar e hospitalar para fluxos maciços de vítimas?

- Existe uma integração do pré-hospitalar ao atendimento de emergência hospitalar a partir de centrais de regulação médica? Essa integração é resolutiva?
- As unidades 24 horas estão integradas às emergências?

Para saber mais sobre a Política Nacional de Atenção às Urgências, do Ministério da Saúde, leia a Portaria GM/MS n. 1.863 (BRASIL, 2003).

Para obter mais informações sobre a construção de veículos de atendimento a emergências médicas e resgate, acesse o site da ABNT (www.abnt.org.br) e solicite orientações sobre como adquirir a Norma NBR n. 14.561/2000, da referida associação.

Assistência interdisciplinar e intersetorial às vítimas de acidentes e violências

- O atendimento do setor saúde está integrado com áreas jurídicas e de segurança?
- A assistência às vítimas de violências e acidentes está integrada às atividades desenvolvidas pelos Programas de Saúde da Família e Programas de Agentes Comunitários de Saúde, além do atendimento ambulatorial e de emergência?
- Existem mecanismos de referência entre os serviços que atendem as vítimas e seus familiares?
- Existem normas de atendimento às vítimas de acidentes e violências que sirvam para padronizar condutas,

racionalizar atendimento e reduzir custos? Por exemplo: protocolos conjuntos, protocolos de serviços específicos, condutas em serviços, tais como hospitais, delegacias, IML, Programa Sentinela, serviço social.

- A atenção hospitalar encontra-se regionalizada e hierarquizada?
- Vem aumentando o número de leitos para pacientes oriundos das salas de emergências (no mesmo hospital ou em unidades de retaguarda)?
- Há adequada oferta de leitos de terapia intensiva (adulto e pediátrica)?
- Existe unidade de tratamento de paciente de alto risco nos serviços de urgência, independentemente de seu grau de complexidade?
- Existem serviços de referência para atendimento a casos de abuso sexual, incluindo atenção à família?
- Há atendimento para casos de abortos previstos em lei, também chamados de abortos legais?
- É feita a denúncia de suspeita de maus-tratos de idosos por parte do profissional da saúde?
- Existem serviços para atendimento a idosos maltratados? Quais?
- Existe alguma ação voltada para a prevenção de violências entre as pessoas com deficiências?
- Existem serviços que prestam atendimento a pessoas autoras de agressões? Que tipos de atendimento são realizados? Há atividades voltadas para reeducação dos autores de agressões?

Essas reflexões são fundamentais para compor o diagnóstico situacional da violência.

Estruturação e consolidação do atendimento voltado à recuperação e à reabilitação

- As ações são direcionadas aos pacientes e suas famílias?
- Existe atendimento multiprofissional, a fim de evitar sequelas e promover a reintegração social, familiar e laboral?
- Há previsão de recursos de reabilitação, tais como órteses, próteses e meios de locomoção?
- É feito o diagnóstico epidemiológico dos portadores de sequelas?
- Há um levantamento dos serviços e de suas necessidades?
- Há iniciativas para adequação dos espaços, de modo a evitar acidentes e integrar os pacientes?
- Há apoio a instituições que empregam portadores de sequelas?
- O atendimento é regionalizado e hierarquizado?

Capacitação de recursos humanos

- Há oferta de capacitação para a melhoria da qualidade do registro?
- Alguma iniciativa tem sido feita com a finalidade de incluir a temática da violência e dos acidentes na formação dos profissionais da saúde (cursos de graduação, atualização, especialização etc.)?
- Está havendo investimento na formação de profissionais em emergências – formação que inclua aspectos clínicos, cirúrgicos, gerenciais e abordagem psicossocial?
- Há capacitação para o atendimento às intoxicações (especialmente decorrentes de agrotóxicos)?
- Há capacitação de profissionais da saúde e de outros setores, que trabalham na prevenção, atenção e recuperação de pessoas em situação ou risco de violência, para atuação conjunta, em rede?

Apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas

- Percebe-se algum investimento no desenvolvimento de pesquisas sobre a temática?
- Existem pesquisas que integrem abordagem socioantropológica, além das pesquisas clínicas e epidemiológicas?

Um diagnóstico mais elaborado analisaria, além da existência ou não de todas essas iniciativas, a qualidade delas, ponderando em que condições são realizadas.

O papel das universidades é importante no desenvolvimento de pesquisas, no ensino e nas intervenções que visem prevenir e atender as vítimas de violência.

Para refletir

Nos moldes do que foi apresentado neste capítulo, faça um levantamento das informações que já possui e das que você precisa buscar no seu município, para iniciar a construção de um diagnóstico situacional.

Depois de identificar as informações, organize-as e descreva-as.

Como você pretende obter as informações necessárias?

18.2 Pressupostos da construção de um plano de ação

Este item visa subsidiar gestores e profissionais na elaboração de um **plano de ação** participativo de redução de acidentes e violências. Nele, discorreremos sobre pré-condições e sobre elementos que devem ser considerados nessa construção. Um bom diagnóstico situacional é um

passo extremamente relevante para embasar a elaboração de um plano de ação.

A construção de um plano de ação é um processo pragmático que, como um empreendimento social, visa solucionar problemas e atender aos interesses de públicos diversificados (ABEGÃO, 2003). Por causa da variedade de assuntos que aborda, das pessoas que mobiliza e das decisões que exige, seu sucesso está diretamente relacionado ao envolvimento dos potenciais parceiros e beneficiários no processo de planejamento, implantação, acompanhamento e avaliação.

Para refletir

Você tem alguma experiência na construção de um plano de ação? Em caso afirmativo, quais os pontos fortes e as fragilidades que um plano desse pode ter?

Os planos de ação podem ser elaborados em nível macro, como os concebidos para os países ou regiões, ou em níveis locais, como aqueles em nível municipal ou mesmo de determinada instituição. Podem ser direcionados a determinados tipos de violência ou a violência em geral. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimula os planos de ações nacionais como passo fundamental para a prevenção efetiva da violência no Planeta. Considera que os planos nacionais permitem que os países elaborem e assumam técnica e politicamente as formas pelas quais a violência afeta a saúde, avaliando a viabilidade econômica e possibilidades de implementação, fornecendo orientações aos formuladores de políticas e de outros setores da população sobre o que precisa ser feito e a melhor maneira de alcançar reduções sustentáveis da violência. Globalmente, a região das Américas tem a maior percentagem de países (76%) com planos nacionais destinados a diferentes tipos de violência. Os temas mais mencionados nos planos existentes nas Américas referem-se

aos maus-tratos infantis, violência entre parceiros íntimos e violência sexual. Violência juvenil, gangues e violência armada estão em situação intermediária (entre 62% e 71% dos países). Há menos planos para abuso de idosos (52%) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016).

Há alguns pré-requisitos importantes para a construção de um plano local de ação participativo para o enfrentamento à violência:

- deve ter como base filosófica a promoção de consenso e a prática dialógica;
- precisa envolver todos os atores que tenham a ver com o problema em foco. Frequentemente, é possível que determinados objetivos, metas ou ações propostas atinjam interesses distintos e até concorrentes. No entanto, nenhum dos potenciais parceiros deve ser descartado; ao contrário, todos precisam ser colocados num espaço e em situação adequada para que possam expressar suas opiniões com autenticidade e segurança;
- quanto mais pessoas com objetivos comuns e opiniões divergentes compuserem a criação de um plano, mais ele apresentará a riqueza da realidade, se houver clima para administração dos conflitos;
- a efetividade dessa construção depende também da competência técnica de quem coordena o trabalho, da escolha dos métodos e das técnicas participativas e da garantia do diálogo na tomada de decisões;
- para que as decisões sejam coletivas, é preciso que todos os participantes criem um conhecimento comum sobre o problema e sobre a busca de soluções, integrando, inclusive, o conhecimento de especialistas;
- havendo conflitos de interesses, torna-se necessária uma solução participativa, e não uma rejeição unilateral das dificuldades para criar consensos ou respeitar a pluralidade de posições;

- para garantir a participação, é preciso que todos os envolvidos se tornem participantes ativos (cada um com sua parte na construção do todo).

Além disso, é fundamental saber que a definição clara dos objetivos, das atividades e prioridades, o comprometimento da equipe, a valorização das metas e ações, a previsão de treinamento e o uso das tecnologias disponíveis, a avaliação quanto aos apoios institucionais e governamentais recebidos são facilitadores tanto da elaboração como do desenvolvimento de um plano de ação.

18.3 Metodologia de construção de um plano de redução de acidentes e violências

Todas as pessoas que atuam no tema das violências e acidentes no setor saúde deveriam ter em mãos a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, conforme já assinalado em capítulos anteriores. No entanto, o texto dessa política nacional não pretende dizer o que cada município deve fazer; apenas traça as principais diretrizes e as responsabilidades institucionais. O plano de ação, construído com os parâmetros do documento citado, deve ser criado localmente e situar-se dentro da realidade concreta na qual atuam os profissionais da saúde. Na instância municipal, a problemática em pauta toma feições próprias, em geral muito diferentes das que se apresentam nos dados aglomerados para o Brasil.

Um plano deve ter responsáveis pela execução das ações (quem), um prazo para começar e para a realização de etapas (quando), territórios definidos das ações (onde), uma justificativa (por que) e um detalhamento de procedimentos (como no curto, médio e longo prazos). É, portanto, composto por uma série de tarefas a serem realizadas, a

partir do diagnóstico do problema e do planejamento para atuação. Desse instrumento de trabalho, devem constar:

- objetivos gerais e específicos da ação;
- definição dos termos (conceitos) que norteiam a ação;
- diagnóstico situacional apresentado de forma contextualizada;
- prioridades pactuadas coletivamente, que devem ser concentradas em alguns pontos, permitindo avaliação;
- metas a serem alcançadas e em que prazos;
- nomeação dos responsáveis por cada tarefa a ser executada;
- prazos e limites para a conclusão das atividades;
- dificuldades, limites e obstáculos previstos;
- fatores potencializadores e facilitadores;
- resultados esperados;
- previsão de acompanhamento e avaliação: interna (autoavaliação) e externa (por meio de consultores);
- recursos orçamentários.

A seguir, para efeitos didáticos, são apresentados alguns elementos importantes na construção do plano.

18.3.1 Contatos e parcerias

O ponto inicial de qualquer plano de ação é definir a vontade política de enfrentar o problema. A partir daí, juntam-se os atores mais importantes para viabilização do processo e das ações, a fim de que sejam estabelecidos objetivos comuns e acordos necessários para levar à frente o projeto.

Geralmente, um plano de ação para tratar do tema dos acidentes e violência precisa de acordos locais, no nível dos diversos programas da Prefeitura, uma vez que os problemas são intersetoriais, mesmo que o processo seja liderado pelo setor saúde. Também grupos da sociedade civil

(organizações não governamentais, instituições acadêmicas, representantes do empresariado, representantes de conselhos e associações) devem participar dos acordos.

Dessa primeira etapa, esperam-se dois produtos:

1. um acordo geral que abra portas e promova uma linguagem comum;
2. indicação de pessoas para compor a equipe de trabalho, o que deve ser feito pelos representantes institucionais presentes ao encontro.

18.3.2 Seminários com as pessoas indicadas para construir o programa

Os seminários têm como objetivo esclarecer a ideia geral da proposta e, ao mesmo tempo, evidenciar a importância da construção participativa do plano de ação para redução de acidentes e violências. Além de ser um momento para reflexão sobre o tema e para emprego das técnicas de consenso, nesses eventos deve ser realizado um primeiro levantamento dos itens necessários para elaboração do diagnóstico local. Dessa etapa, esperam-se dois produtos:

1. adesão e reconhecimento interno do grupo de trabalho;
2. motivação dos participantes para promoção e desenvolvimento do plano.

18.3.4 Elaboração do diagnóstico participativo

A elaboração do diagnóstico participativo tem várias fases: a primeira delas é técnica, pois se constitui no levantamento de dados locais. As outras etapas devem ser realizadas com base nos dados levantados e devidamente sistematizados, com a participação do grupo de trabalho ao qual são acrescidos outros atores que esse coletivo julgar imprescindíveis para construção do plano. Em outros termos,

seria o diagnóstico situacional (descrito anteriormente) sendo validado e discutido por um conjunto diversificado de atores da gestão e da sociedade civil.

O diagnóstico técnico é apenas uma peça inicial. Na medida em que é entregue ao grupo, torna-se instrumento de discussão e de aprimoramento.

18.3.4 Elaboração do diagnóstico técnico

- Apropriação da "teoria da violência" do ponto de vista da saúde: o que essa área define como violência e acidentes; natureza da violência (física, psicológica, sexual, negligências); tipificação da violência (interpessoal, institucional, coletiva, autoviolência); distribuição (por idade, sexo, por grupos sociais, entre outros).
- Levantamento do perfil epidemiológico local, que deve surgir do mapeamento dos acidentes (de vários tipos) e das violências (de vários tipos) mais recorrentes na realidade local.
- Mapeamento fenomenológico de todas as questões vistas como importantes pelos membros do grupo, mas para as quais não há dados quantificáveis.

Por que é importante a apropriação dos conceitos? Para que o diagnóstico não seja um desdobramento do senso comum e/ou uma aplicação restritiva do que o setor saúde considera "causas externas".

A parte I do livro, "Bases conceituais e históricas da violência e setor saúde", aborda os principais conceitos sobre a violência no campo da saúde.

A elaboração do diagnóstico participativo é um dos momentos principais da construção do plano. A pessoa

tecnicamente qualificada apresenta o perfil dos acidentes e violências em nível local, ressaltando os dados fundamentados do ponto de vista epidemiológico e, também, o que apenas existe embrionariamente, como observação da realidade. É importante que, nessa fase do trabalho, as informações quantitativas sejam complementadas, por meio de entrevista com representantes dos diferentes setores que tenham a ver com o problema em foco.

A seguir, se inicia um debate tornando os dados levantados um produto elaborado pela visão de todos os parceiros. Nesse momento, discutem-se a confiabilidade das informações, a sua contextualização na realidade local e as prioridades estabelecidas coletivamente, buscando-se consenso.

Dessa etapa, esperam-se os seguintes resultados:

1. um documento apropriado, em que o contexto, os problemas e as prioridades fiquem definidos, ainda que provisoriamente;
2. mais coesão do grupo de trabalho quanto às relações, à linguagem e aos problemas tratados e a serem enfrentados.

Documento de diagnóstico participativo sobre violências e acidentes

O diagnóstico participativo local consiste no mapeamento dos dados municipais sobre violências e acidentes, por meio da análise de informações secundárias, pesquisas, entrevistas e debates com representantes governamentais, da sociedade civil e da população.

Entrevista é uma técnica qualitativa muito utilizada em pesquisas e trabalhos na área da saúde. Costuma ser realizada de maneira individual ou coletiva. Entendida

como “uma conversa a dois, com propósitos bem definidos”, coleta informações objetivas ou subjetivas, relacionadas a valores, atitudes e opiniões dos sujeitos entrevistados. Pode ser estruturada, perguntas previamente formuladas, ou não estruturada, o tema abordado é tratado de forma mais livre. A entrevista em grupo envolve de seis a 12 pessoas, com um animador que faz intervenções no decorrer das discussões.

Para saber mais sobre o tema, leia *Pesquisa social: teoria, método e criatividade,* de Maria Cecília de Souza Minayo (org.). Petrópolis: Vozes, 2000.

Um diagnóstico participativo deve conter:

- características e contextualização socioeconômicas, políticas e culturais que ajudem a compreender a problemática;
- levantamento dos dados referentes ao problema;
- levantamento de forças sociais (setores ou atividades) com potencial positivo;
- levantamento dos setores ou atividades que dificultam ou impedem possibilidades de ação;
- descrição dos pontos fortes e fracos previstos;
- encaminhamento de metas e prioridades;
- cronograma de ação;
- nomes das pessoas envolvidas e as tarefas que lhes competem;
- nomes dos patrocinadores;
- recursos necessários e fontes de apoio.

O diagnóstico deve não somente apontar os problemas, mas assinalar metas, rumos e desafios para a ação. As diretrizes do plano de ação devem ser provenientes do diagnóstico participativo. Espera-se que o coletivo de atores, ao assumir com determinação a implantação do plano, crie um consenso em torno das prioridades e consolide propostas e práticas que levarão à redução das taxas de violências e acidentes.

18.3.5 Seminário para construção de prioridades, metas e previsão de resultados

É muito importante que o fechamento do diagnóstico seja realizado por meio de um seminário amplo, com participação garantida de instituições, pessoas e grupos locais interessados na solução do problema. Quanto maior o número de adeptos para a elaboração do plano, maior legitimidade essa ação alcançará:

- **Prioridades** – todo problema e toda solução são uma construção social. Isso significa que, quando consideramos tudo importante, dificilmente teremos resultados claros sobre as ações que iremos preconizar. Para estabelecer prioridades, vários elementos devem ser levados em conta: magnitude e importância do problema, condições objetivas de atuação e pessoas ou grupos dispostos a trabalhar.
- **Metas** – são resultados parciais que se assinalam no projeto para serem alcançados ao longo da implementação do plano de ação.
  Geralmente, os teóricos do planejamento afirmam que as metas devem ser quantificadas. No entanto, podemos entender que há várias ações qualitativas que podem ser previstas e são bastante relevantes para serem avaliadas como parte do plano de ação. Todo plano de ação deve conter metas – quantitativas ou qualitativas –

a serem alcançadas em um prazo definido que, para o alcance dos resultados esperados, deve ser compatível com as providências que deverão ser tomadas para o alcance dos objetivos previstos.

- **Resultados esperados** – devem ser previstos realisticamente, de acordo com a duração do plano, os recursos aplicados e a dificuldade das situações-problema. Os recursos podem ser de vários níveis: sensibilização e mobilização; formação de parcerias; formação de pessoas; articulação intersetorial; implantação de serviços e de redes; mudanças de dispositivos; mudanças de cultura; e, finalmente, podem ser de redução de violências e acidentes.
- **Indicadores** – um plano deve conter indicadores quantitativos e qualitativos que permitam inferir a eficiência e a efetividade das ações a que se propõe. Recomenda-se que os planos sejam avaliados pelo conjunto de instituições ou pessoas que compõem as redes, formalizados e disponibilizados para conhecimento da comunidade interessada.

18.3.6 Estabelecimento de responsabilidades e de cronograma

Todo plano, para ser cumprido, precisa responder com clareza às seguintes perguntas:

- O que fazer?
- Como fazer?
- A quem dirigir a ação?
- Quando fazer e até quando?
- Quem é responsável pela ação?

Esses itens, operacionalmente, configuram uma planilha ou um mapa de planejamento, gestão e avaliação,

permitindo ao coordenador ou gestor ter uma visão sintética do projeto.

Todo plano também precisa ter um cronograma de ação, o que permite ao seu coordenador ou gestor trabalhar com metas plausíveis de serem cumpridas e esperar determinados resultados. Por exemplo: um plano poderia estar programado para dois anos, o que significa hoje a metade de um mandato político de um prefeito. Isso permitiria sua revisão e avaliação (interna e externa), correção de rumos e uma nova planilha de continuidade. Como já dissemos, todo plano, para ter sustentabilidade, precisa de continuidade.

18.3.7 Acompanhamento e avaliação

Para melhores resultados, é importante que um plano de ação preveja as etapas de monitoramento, autoavaliação e avaliação externa das ações que serão implementadas e, na sua construção, é preciso prever tempo e recursos orçamentários para realizar esses processos. O monitoramento constitui o acompanhamento das ações quanto às suas estratégias e modos de realização, bem como os efeitos e resultados de cada etapa, visando identificar e corrigir problemas no curso das ações.

A autoavaliação se realiza dentro da mesma lógica do processo participativo, e deve fazer parte da agenda de monitoramento das tarefas que, para isso, foram delimitadas em seus objetivos, alcance e prazos. A avaliação externa permite um terceiro olhar sobre os problemas, as estratégias, as dificuldades e a correção de rumos. Tem também um papel fundamental de avalizar as ações e o processo de continuidade e de sustentabilidade. Uma boa avaliação das ações implementadas pelo plano de ação julga: sua utilidade; sua viabilidade do ponto de vista político, prático e de custo-benefício; sua dimensão ética;

sua precisão técnica (FIRME, 2003; MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Da avaliação externa, devem se esperar pelo menos três respostas:

1. visão contextualizada da proposta;
2. visão compreensiva e crítica de implantação, implementação e resultados do processo;
3. demonstração dos fatores de êxito e dos limites das ações em curso.

Toda avaliação útil, ética e tecnicamente adequada acompanha o desenrolar de uma proposta e subsidia a correção de rumos e a reorientação de estratégias de ação. Seu sentido ético se alia a seu valor técnico e de responsabilidade social.

18.3.8 Recursos orçamentários

É claro que todo plano de ação tem um custo. Não dimensioná-lo de forma realista pode torná-lo insustentável ou, no mínimo, um projeto voluntarista fadado a se esvair quando a boa vontade das pessoas acabar. Num país como o nosso, em que os recursos financeiros são sempre escassos, a vontade política do prefeito e de seu secretariado (principalmente do secretário de saúde) é fundamental, visando à escolha desse problema como uma das prioridades de investimento e de gastos. Frequentemente, as questões relacionadas à violência e aos acidentes geram grandes prejuízos também às empresas locais e, por vezes, não é difícil conseguir apoios que se somam aos recursos públicos.

Conseguir recursos para implementar um plano de ação pode ser uma tarefa específica que, por vezes, cabe mais a pessoas que têm afinidade com esse tipo de negócio do que a um técnico, mesmo que excelente na compreensão da

problemática. Qualquer pessoa que assuma a tarefa de motivar parceiros para o apoio financeiro precisa levantar os custos sociais da violência que, geralmente, são maiores e mais devastadores que os custos das ações para redução do problema.

18.4 Considerações finais

A elaboração do diagnóstico situacional é um passo de amadurecimento para a gestão dos serviços e para a execução das políticas públicas, que podem ser redirecionadas para as principais prioridades existentes localmente. Igualmente pode-se pensar para os planos de ação, que precisam ser escritos de forma concisa e clara, tornando-se uma peça executiva e não reflexiva, embora em seu interior esteja contida a complexidade das reflexões. A sustentabilidade de um plano é fruto de sua adequação à realidade local, tanto no que se refere ao problema em pauta como à mobilização de apoios social, político e destinação de recursos. Quanto mais parcerias, discussão coletiva e diversidade de pessoas envolvidas, mais legitimidade o plano terá.

No entanto, a sustentabilidade de um plano também é fruto da continuidade e do aproveitamento de oportunidades. No decorrer das atividades, as informações sobre todos os itens importantes precisam ser atualizadas por meio de uma planilha de monitoramento dos dados, visando ao acompanhamento, ao gerenciamento e à execução das ações.

18.5 Referências

ABEGÃO, L. H. A gestão participativa de projetos sociais. *Revista Virtual de Gestão de Iniciativas Sociais*, Rio de

Janeiro, out. 2003. Número piloto. Disponível em: http://www.ltds.ufrj.br/gis. Acesso em: 25 jan. 2005.

BRASIL. Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 16 jul. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de atenção às urgências*. 2. ed. ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 18 maio 2001a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.863, de 29 de setembro de 2003. Institui a Política Nacional de Atenção às Urgências, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 56, 6 out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n.1.968, de 25 de outubro de 2001. Dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 86, 26 out. 2001b.

BRASIL. Secretaria Especial de Direitos Humanos. *Plano Nacional de Enfrentamento da Violência contra a Pessoa Idosa*. Brasília, DF: Secretaria Especial de Direitos Humanos, [2008]. Disponível em: http://www.presidencia.gov.br/estrutura_presidencia/sedh/Id_idoso/Id_idoso_enfr/. Acesso em: 12 nov. 2008.

CONSELHO NACIONAL DE TRÂNSITO (Brasil). Resolução n. 143, de 26 de março de 2003. Dispõe sobre a utilização dos

recursos do Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres–DPVA. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p. 54, 31 mar. 2003.

FIRME, T. P. *Avaliação em rede*. Rio de Janeiro: Rede de Informações para o Terceiro Setor, 2003. Disponível em: http://www.rits.org.br. Acesso em: 6 jun. 2004.

KLIKSBERG, B. Seis teses não-convencionais sobre participação. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, p. 23-33,1999.

MINAYO, M. C. S (org.). *Pesquisa social*: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2000.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *CID-10, classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde*. 10. rev. São Paulo: Organização Mundial da Saúde, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Draft global plan of action on violence*: report by the Director-General. Geneva: World Health Organization, Mar. 2016. Relatório apresentado na Sixty-Ninth World Health Assembly.

19. Avaliação de programas e ações de enfrentamento da violência e de suporte às pessoas em situação de acidentes e violências

Suely Ferreira Deslandes, Edinilsa Ramos de Souza, Cláudia Araújo de Lima

Este capítulo discute a importância da avaliação de programas e ações de enfrentamento da violência, apresentando conceitos e algumas experiências como exemplos.

19.1 Por que avaliar?

São tantas as demandas, as preocupações no dia a dia de um serviço (ou da execução de um projeto)... O tempo se torna curto diante das atividades, reuniões e dos problemas que surgem inesperadamente e precisam de rápida resolução. Quase sempre a carga de trabalho é grande e o número de profissionais e outros agentes de saúde das equipes nem sempre é suficiente. A avaliação seria uma exigência a mais? Seria mais uma, entre muitas “obrigações burocráticas”? O que, de fato, o serviço ou projeto ganham ao investir num processo de avaliação?

Os itens “Por que avaliar?” e “O que é avaliação?” foram publicados pela Coordenação Nacional de DST-Aids (BRASIL, 2002).

A credibilidade de um projeto/serviço que avalia seus resultados, a qualidade do cuidado prestado e o custo-efetividade de suas ações é bem maior do que a de propostas que não têm essa preocupação. Como saber se as ações estão cumprindo seus objetivos? Como saber se os recursos estão sendo bem empregados, se os executores das ações têm as condições adequadas para realizá-las? Como saber se a forma de realizar as ações está em consonância com o que preconizamos? Como saber se o público-alvo da ação está satisfeito e adere às propostas do serviço? Quais são os resultados alcançados com o trabalho? Que avanços,

resistências e problemas surgem com a implementação das ações?

> A avaliação proporciona um ganho de legitimidade pública e institucional. Aqueles que se preocupam com isso revelam um compromisso com a população, com os parceiros e com os órgãos financiadores.

Em resumo, a avaliação permite que a equipe executora do projeto – coordenador, supervisores, consultores, agentes de saúde, agentes multiplicadores – possa analisar o projeto nos seguintes aspectos:

1. adequação de seus objetivos: são possíveis, factíveis? Foram bem dimensionados para os recursos e tempo disponíveis?;
2. suficiência e pertinência dos meios e insumos empregados;
3. efetividade das atividades e estratégias utilizadas para alcançar os fins desejados;
4. efeitos e resultados.

Como avaliar sem ter uma organização interna mínima para registrar as atividades, os insumos empregados, os produtos obtidos, os efeitos e resultados alcançados?

> A avaliação possibilita um ganho de competência técnica e gerencial. A partir dela é possível rever estratégias, redimensionar objetivos e necessidades de suporte.

> A avaliação proporciona um ganho informacional para os serviços. Ela acaba criando uma demanda de sistematicidade de registro.

Toda avaliação desencadeia um processo interno de discussão, de debate sobre os obstáculos encontrados; do papel que cada um desempenhou para a situação atual e para a superação das dificuldades. Há, inevitavelmente, uma comparação, um confronto entre as estratégias propostas e a realidade encontrada no dia a dia das ações: quanto cada fator, cada ator colaborou para o projeto atingir seus propósitos.

Aprender com as lições, com os acertos e erros, com a criatividade dos envolvidos no planejamento e na execução das ações é um patrimônio precioso para todos os que atuam em serviços ou projetos ligados ao cuidado das vítimas de acidentes e violências e voltados para a prevenção dessas situações.

Há, na trajetória da avaliação, um **ganho de reflexão crítica**.

Na avaliação se ganha, finalmente, **maior competitividade na busca de recursos de financiamento**, cada vez mais limitados.

19.2 O que é avaliação?

No contexto das ações, de projetos e serviços de saúde existe, na atualidade, interesse e investimento crescente em processos de avaliação (AGGLETON, 1995). Mas o que significa avaliar?

Há diferentes conceituações sobre o que é avaliação. Em linhas gerais, uma avaliação é um tipo de investigação sistemática do mérito, valor ou importância de um projeto, serviço ou ação. No fim do processo avaliativo, esperamos que seja feito um juízo de valor sobre o programa, serviço ou ação avaliada (se é útil, efetivo, eficaz).

A Organização Pan-Americana da Saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1989) assim define esse processo: “Avaliar é o processo de coleta e análise de informações sobre a eficácia e o impacto de cada uma das fases específicas do programa ou do programa como um todo”.

Outra definição é a de Aguilar e Ander-Egg (1994, p. 31-32):

> A avaliação é uma forma de pesquisa social aplicada, sistemática, planejada e dirigida, destinada a identificar, obter e proporcionar de maneira válida e confiável dados e informação suficiente e relevante para apoiar um juízo sobre o mérito e o valor dos diferentes componentes de um programa (tanto na fase de diagnóstico, programação ou execução), ou de um conjunto de atividades específicas que se realizam, foram realizadas ou se realizarão, com o propósito de produzir efeitos e resultados concretos. Visam comprovar a extensão e o grau em que se deram essas conquistas, de forma tal que sirva de base ou guia para a tomada de decisões racional e inteligente entre cursos de ação, ou para solucionar problemas e promover o conhecimento e a compreensão dos fatores associados ao êxito ou fracasso de seus resultados.

O conceito apresentado descreve a avaliação como uma ação que emprega métodos próprios e reconhecidos como válidos, visando analisar as conquistas de um projeto inteiro ou de uma de suas fases. Destina-se, de forma pragmática, a orientar a tomada de decisões, respondendo se aquela ação deve continuar a ser realizada, se deve ser modificada ou ser suspensa.

Uma definição bem sintética é a fornecida por Minayo, Assis e Souza (2005, p. 23): “Em sentido bem amplo avaliar significa julgar, estimar, medir, classificar, analisar criticamente alguém ou algo. Tecnicamente, esse processo é realizado com procedimentos sistemáticos”.

A partir de qualquer definição, podemos dizer que uma avaliação deve levar em conta:

- a adequação entre objetivos, estratégias propostas e recursos utilizados, considerando o contexto em que o

projeto, a ação ou o serviço estão sendo implementados e a **atuação dos atores envolvidos**;
- a adequação da estrutura organizacional para realização do trabalho proposto;
- o quanto os objetivos e metas foram atingidos a **partir do entendimento do contexto de implantação da ação ou projeto**;
- a qualidade dos serviços prestados e dos resultados;
- a sustentabilidade da ação ou do projeto.

O **monitoramento**, na medida em que analisa o projeto durante sua execução, é uma atividade que se incorpora ao cotidiano, dando retorno imediato quanto aos progressos, aos problemas e às dificuldades encontradas. Assim, embora monitoramento e avaliação sejam processos distintos, são também complementares. Naturalmente não podemos deixar de considerar o monitoramento uma atividade importante de avaliação.

Há ainda muitas resistências à prática de avaliação. Alguns gestores temem ter seu serviço avaliado, achando que isso poderia levá-los a perder capital político. Outros consideram que avaliar é um desperdício de recursos. De qualquer forma, podemos dizer que hoje, cada vez mais, há um reconhecimento nacional e internacional quanto à necessidade de incorporar ações avaliativas na rotina de execução dos projetos de saúde. Podemos perceber um considerável incentivo para adotar as formas mais práticas de avaliação, permitindo sua incorporação como parte da realização dos projetos.

19.3 Avaliação das iniciativas de registro, cuidado e prevenção das situações de acidentes e violências

O campo das ações que dizem respeito ao registro, ao atendimento às vítimas e às iniciativas de prevenção é bem amplo. Infelizmente, insuficiente tem sido o empreendimento na avaliação dessas ações, criando uma adicional margem de incertezas sobre sua adequação e resolutividade.

Em consulta preliminar à base SciELO (www.scielo.br), com filtro para Brasil, período de 2014 a 2018, e periódicos da saúde, ciências sociais e humanas e multidisciplinar, percebemos que existem poucos artigos sobre avaliação na área da violência. Naturalmente, é preciso ressalvar que essa base opera apenas com artigos de um acervo de periódicos indexados, não incluindo dissertações, teses, relatórios de pesquisas ou livros. A base possui 1.106 artigos relacionados à temática da violência. Entretanto, apenas 65 foram correlacionados à chave “avaliação”. Quando analisados os títulos, percebemos que esse pequeno acervo ainda é menor, pois uma parcela dele avalia instrumentos (escalas) para identificação de situações de violências; outra parte dos artigos se dedica a avaliar experiências de atendimentos às vítimas e a analisar a qualidade dos registros sobre eventos violentos. No conjunto, apenas 13 textos resultam de avaliações de políticas, programas, projetos e serviços conectadas com o tema da violência.

Procedendo à mesma consulta sobre o que foi publicado na temática “acidentes”, encontramos 453 artigos. Quando refinada a busca, adicionando a chave “avaliação”, achamos 92 artigos, dos quais 15 tratam especificamente sobre acidente de transporte e avaliação, e sete avaliam políticas, programas, projetos e serviços relacionados a acidentes.

Felizmente, algumas iniciativas importantes têm surgido, consolidando pouco a pouco uma cultura de avaliação e integrando o conhecimento crítico com a proposição construtiva de novos rumos de atuação.

O Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli (Claves), da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio

Arouca (ENSP/ Fiocruz), tem desenvolvido algumas avaliações nos últimos anos, na perspectiva metodológica da triangulação de métodos. Os pesquisadores buscam articulação de diferentes olhares disciplinares (das ciências sociais, da epidemiologia, da estatística, entre outros saberes), distintos métodos e técnicas (de natureza quantitativa e qualitativa), incluindo diversos sujeitos (avaliadores, executores, gestores e usuários).

19.3.1 Exemplos de avaliação de programa de prevenção à violência

Um interessante exemplo de avaliação de experiências bem-sucedidas é o trabalho de Minayo e Gomes (2006), que analisam experiências exitosas no enfrentamento e na prevenção da violência entre populações mais vulneráveis.

Os objetivos desse estudo foram:

1. conhecer em profundidade as ações desenvolvidas pelas instituições, especialmente as que vêm obtendo resultados positivos em relação à prevenção da violência e à promoção da saúde;
2. compreender as especificidades dessas experiências exitosas e indicar possibilidades de enfrentamento do problema.

Sobre o assunto, leia “Famílias: parceiras ou usuárias eventuais? – análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes”, de Suely F. Deslandes, Simone G. Assis e Helena O. Silva (2004).

A pesquisa utilizou a estratégia de estudos de caso, seguindo princípios da triangulação de métodos. Foi aplicado um questionário padronizado acerca dos dados gerais de cada experiência; foram realizadas entrevistas de grupo (grupo focal) com técnicos das equipes das experiências e entrevistas individuais com coordenadores, usuários e familiares, para compreender suas percepções sobre o atendimento. Realizou ainda "observação de campo", buscando dados complementares aos depoimentos.

Foram estudadas as seguintes experiências: Agência UGA-UGA, em Manaus (Norte); Centro de Cultura Negra, em São Luís (Nordeste); Movimento de Saúde Mental, em Fortaleza (Nordeste); Programa Sentinela, em Cuiabá (Centro-Oeste); Circo de Todo Mundo, em Belo Horizonte (Sudeste); Luta pela Paz, no Rio de Janeiro (Sudeste); Construção da Paz/Colégio Eduardo Guimarães, no Rio de Janeiro (Sudeste); Centro de Referência às Vítimas de Violência do Instituto Sedes Sapientiae de São Paulo (Sudeste); e Centro Social Marista de Porto Alegre (Sul).

Além dessas experiências, foram analisadas as potencialidades e os limites para a construção de redes de prevenção à violência. Os pesquisadores buscaram compreender o sentido das ações e do movimento em rede, envolvendo iniciativas existentes em Curitiba (PR) e iniciantes em Florianópolis (SC). A primeira delas tem como foco ações nas áreas da saúde, educação e assistência social, e a segunda, as atuações do Ministério Público, conectando vários setores governamentais e não governamentais.

Os resultados divulgam que os principais êxitos relatados são: informação para a cidadania; preparação para o trabalho; envolvimento de crianças e adolescentes em atividades lúdicas e educativas, e fortalecimento da autoestima dos jovens e crianças participantes. As maiores

dificuldades das experiências são a manutenção financeira e articulação de suas propostas com as de outros grupos e instituições. O estudo leva a concluir que os projetos de prevenção analisados, ainda que não sejam os únicos bem-sucedidos no país, apontam para um horizonte novo pela forma como atuam, inovando e criando uma práxis diferenciada na abordagem da violência.

Você pode saber um pouco mais sobre esses trabalhos lendo os artigos:

- "Success and limitations in the preventions of violence: a case study of nine Brazilian experiences", de Romeu Gomes, Maria Cecília de S. Minayo, Simone G. de Assis, Kathie Njaine e Miriam Schenker (2006).
- "Redes de prevenção à violência: da utopia à ação", de Kathie Njaine, Simone G. Assis, Romeu Gomes e Maria Cecília de S. Minayo (2006).

Em relação às redes, a avaliação aponta que é difícil trabalhar com essa estratégia, pois estamos acostumados à fragmentação setorial e profissional. Para o êxito da organização em rede, faz-se necessário: romper com a lógica do trabalho setorizado e verticalizado; promover o exercício constante de comunicação e de troca de informações; capacitar permanentemente os profissionais e pessoas que se envolvem na rede; incorporar a família nas ações de proteção e de prevenção; e promover a participação de amplos setores sociais.

Em síntese, pode-se afirmar que a construção de uma rede de proteção demanda etapas complexas, um novo olhar para o mesmo problema e a utopia para plantar soluções.

Um exemplo mais recente é o trabalho de Pedrosa, Diniz e Moura (2016) que analisa a implantação do Programa Iluminar Campinas – uma política local de promoção da saúde, que se estabelece a partir da conexão com uma ampla rede intersetorial e interinstitucional, para ofertar cuidados às pessoas que sofreram violência sexual. O estudo foi fundamentado na perspectiva de triangulação de métodos. Inicia a análise com um diagnóstico da estruturação da rede de cuidados às pessoas que sofrem violências do município, quando o programa começou em 2001, e como se estabeleceu um fluxo-itinerário de cuidados envolvendo serviços da rede intersetorial. Por fim, apresenta os desafios que o programa enfrenta para realizar o seu trabalho e para a sua continuidade. Como principais aspectos que suscitam atenção dos gestores municipais são citados: a rotatividade dos profissionais e gestores dos serviços que compõe a rede; lacunas de formação sobre o tema dentre os profissionais; manter a adesão à notificação; garantir espaço na agenda das diferentes instituições para a discussão de casos; e, por fim, prover suporte psicológico aos profissionais diretamente ligados ao atendimento das pessoas que sofrem as violências.

Silva e colaboradores (2018) apresentam os resultados da implementação do Programa Fica Vivo! na cidade de Belo Horizonte, ao longo de 15 anos de execução. Esse programa, do governo do Estado de Minas Gerais, teve como objetivo "reduzir a incidência de homicídios dolosos, mediante ações de prevenção e repressão, em áreas com altos níveis de criminalidade violenta, a partir de ações integradas dos governos federal, estadual e municipal, do Ministério Público, do Poder Judiciário, bem como das organizações não governamentais e da sociedade civil."(SILVA *et al.*, 2018). Foi inspirado em experiências bem-sucedidas em cidades

com altas taxas de homicídio, tais como como Boston e Bogotá. O programa foi iniciado em Belo Horizonte, em 2002, quando os homicídios já atingiam altos índices. Entre 2004 e 2014, o programa expandiu-se para outros 12 municípios do estado de Minas Gerais, sendo implementados 31 Núcleos de Prevenção à Criminalidade (NPC) de Base Local. Os NPC eram os equipamentos para o desenvolvimento do Programa Fica Vivo! . A avaliação conclui que o programa colaborou para reverter a tendência de crescimento das taxas de homicídio que apresentaram queda, principalmente a partir de 2004.

19.3.2 Exemplo de avaliação de programa preventivo aos acidentes de trânsito

Diante do impacto e da magnitude dos acidentes de trânsito, em 2001, o Ministério da Saúde estimulou, em alguns municípios do país, o desenvolvimento e a implantação de um programa de prevenção dos acidentes de trânsito, a partir da ótica de promoção da saúde e da qualidade de vida. Criou o Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito (PRMMAT) e introduziu o problema do trânsito na pauta de suas ações, a partir do repasse do DPVAT e da inédita aplicação dos recursos desse seguro nas ações para as quais ele sempre havia sido destinado.

Essa iniciativa teve o amparo legal no Decreto n. 1.017, de 23 de dezembro de 1993, que destina 50% do valor total do prêmio do DPVAT ao Fundo Nacional de Saúde: 90% desse montante para ser usado na prevenção e no atendimento às vítimas de acidentes de trânsito e 10% para repasse mensal ao coordenador do Sistema Nacional de Trânsito, para aplicação exclusiva em programas de prevenção.

Naquele momento, os gestores da saúde foram instados a elaborar e a negociar seus projetos, com foco especial nas

ações de capacitação para os profissionais envolvidos com o tema do trânsito, abrangendo diversas instituições e setores, e em ações para a melhoria, implantação ou integração dos sistemas de informações sobre acidentes de trânsito nos municípios, com vistas ao monitoramento e vigilância desses eventos.

Inicialmente, foram conveniadas cinco capitais que tinham elevadas taxas de mortalidade por acidentes de trânsito, situadas nas diferentes regiões do país. Assim, desse projeto-piloto participaram as cidades de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba. No ano de 2004, o projeto foi ampliado, incluindo mais 11 municípios.

Consulte o relatório final da pesquisa de Maria Cecília de Souza Minayo e Edinilsa Ramos de Souza (2006), "Avaliação do processo de implantação e implementação do Programa de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito: municípios de Recife, Belo Horizonte, Goiânia, São Paulo e Curitiba".

Desde o início do desenvolvimento do projeto, o Claves foi incumbido de realizar uma avaliação estratégica sobre a execução do convênio nesses cinco municípios brasileiros. Tal iniciativa trouxe, portanto, a novidade de ser acompanhada, desde sua concepção, por uma pesquisa avaliativa, o que lhe garantiu elementos reais para monitorar o que acontecia e a possibilidade de generalização da proposta, pelo menos em alguns aspectos.

Foi adotada a estratégia de triangulação de métodos. Usamos abordagem quantitativa e qualitativa para análise da implementação do programa. Na abordagem quantitativa, foi feito um panorama epidemiológico dos dados sobre acidentes de trânsito em cada município, com informações de diversas instituições. Para abordagem qualitativa, os pesquisadores realizaram entrevistas, observações de campo e relatórios autoavaliativos em cada município. Esses últimos foram preenchidos pelo coordenador do programa, em cada cidade, detalhando as ações em desenvolvimento e as que estavam projetadas.

Foram usados e analisados vários indicadores quantitativos e qualitativos referentes a:

- histórico de chegada do projeto ao município;
- equipe;
- dados institucionais de morbimortalidade por acidentes de trânsito, para realizar o diagnóstico situacional;
- ações (capacitação, sensibilização, produção de materiais e ações de segurança, como *blitz*, integração e monitorização dos sistemas de informação) e custos das ações.

Estudo mais recente de Morais Neto e colaboradores (2013) avalia o Projeto Vida no Trânsito (PVNT), que faz parte da iniciativa internacional Road Safety in Ten Countries (RS 10). A iniciativa é liderada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e constituída por um grupo de instituições: Association for Safe International Road Travel (ASIRT); EMBARQ (Centers for Sustainable Transport); Global Road Safety Partnership (GRSP); Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health (JHU); e World Bank Global Road Safety Facility (GRSF). A RS 10 está presente no Brasil e em mais nove países – Federação Russa, China, Turquia, Egito, Vietnã, Camboja, Índia, Quênia e México.

O PVNT foi implantado em 2011-2012 em cinco capitais brasileiras: Palmas/TO, Teresina/PI, Belo Horizonte/MG, Curitiba/PR e Campo Grande/MS. Buscaram analisar o cumprimento das metas das intervenções do PVNT, contrapondo à variação das taxas de mortalidade, taxas de internação hospitalar e prevalências de beber e dirigir. O Projeto Vida no Trânsito, nos dois anos de sua intervenção, mostrou vários resultados positivos: alto percentual de cumprimento das metas; aumento da fiscalização de velocidade; aumento da realização de *blitz* de checagem de álcool, com redução do respectivo percentual de positividade. Além disso, em três capitais foi possível reconhecer uma redução na mortalidade por acidentes de trânsito como efeito da ação do programa. Como conclusão os autores defendem que o PVNT apresentou resultados positivos e sua continuidade poderá contribuir para a redução das mortes e lesões no trânsito, no Brasil.

19.3.3 Exemplo de avaliação da Política Nacional de Prevenção de Acidentes e Violências

Realizada no período de 2005 a 2007, a avaliação “Análise diagnóstica de sistemas locais de saúde para atender aos agravos provocados por acidentes e violências” (MINAYO; DESLANDES, 2007) tomou como perspectiva geral contribuir para o avanço da incorporação do tema das violências e acidentes como objeto da atenção do setor saúde. Propôs o desenvolvimento de instrumentos de análise diagnóstica sobre a implantação da Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências, do Ministério da Saúde (BRASIL, 2001). Elegeu cinco capitais onde os índices de violências são muito altos, e buscou mapear os principais serviços que atendem vítimas de violências e

acidentes nos níveis de pré-hospitalar, hospitalar e de reabilitação.

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o estudo de Minayo e Deslandes (2007), consulte o link: http://books.scielo.org/id/fx9hn/pdf/minayo-9788575415412.pdf do sistema, os pontos positivos, as lacunas e as necessidades de adequação para atender às diretrizes da Política Nacional;

A pesquisa teve como objetivos:

1. analisar a organização dos serviços de atenção a acidentes e violências nas referidas capitais;
2. analisar a situação dos serviços de atenção em relação ao problema em pauta em cada uma dessas capitais, evidenciando: a descrição
3. propor uma metodologia de avaliação específica para esse tipo de serviço, que possa ser generalizada e permita produzir comparações.

19.4 Referências

AGGLETON, P. *Monitoramento e avaliação de educação em saúde e promoção da saúde voltada para o HIV/Aids*. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 1995.

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de serviços e programas sociais*. Petrópolis: Vozes, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 737, de 16 de maio de 2001. Aprova, na forma do Anexo desta Portaria, a

Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, p. 3, 18 maio 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Coordenação Nacional de DST-Aids. *Sistema de monitoramento e avaliação dos projetos de organizações comunitárias para prevenção de DST-Aids*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002.

DESLANDES, S. F.; ASSIS, S. G.; SILVA, H. O. (coord.). *Famílias*: parceiras ou usuárias eventuais?: análise de serviços de atenção a famílias com dinâmica de violência doméstica contra crianças e adolescentes. Brasília, DF: Claves: UNICEF, 2004.

GOMES, R. *et al*. Success and limitations in the preventions of violence: a case study of nine Brazilian experiences. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 397-408, 2006.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (org.). *Avaliação por triangulação de métodos*: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. (org.). *Análise diagnóstica da política nacional de saúde para redução de acidentes e violências*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

MINAYO, M. C. S.; GOMES, R. (coord.). *Experiências exitosas na prevenção da violência*. Rio de Janeiro: Claves, 2006. Relatório final de pesquisa.

MORAIS NETO, Otaliba Libânio de *et al*. Vida no Trânsito Project: evaluation of the implementation in five Brazilian state capitals, 2011-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, Brasília, DF, v. 22, n. 3, p. 373-382, 2013.

NJAINE, K. *et al*. Redes de prevenção à violência: da utopia à ação. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 2, p. 429-438, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Evaluación de servicios de la salud materno infantil*. Washington, D.C.: OPAS, 1989.

PEDROSA, Claudia Mara; DINIZ, Carmen Simone Grilo; MOURA, Verônica Gomes Alencar de Lima e. O Programa Iluminar Campinas: a construção de uma política intersetorial e interinstitucional para o enfrentamento da violência como um problema social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p.1879-1888, 2016.

SILVA, Bráulio Figueiredo Alves *et al*. Violência urbana e política pública de prevenção: avaliação do Programa Fica Vivo! no estado de Minas Gerais, Brasil. *Revista Brasileira de Estudos da População*, São Paulo, v. 35, n. 2, 2018.

20. Redes de enfrentamento às violências

Kathie Njaine, Carmem Regina Delziovo, Caroline Schweitzer de Oliveira

Neste capítulo, vamos abordar a atuação em rede, seus desafios de articulação e potencial para o enfrentamento às violências por diferentes profissionais e instituições da própria rede de saúde (intrassetorial) e de outros setores (intersetorial), que lidam com essa problemática.

A atuação em **rede** é definida como um arranjo organizativo de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade da atenção, de acordo com as necessidades dos usuários (BRASIL, 2017).

Como tem sido ressaltado nos capítulos anteriores, a violência é um dos graves problemas de saúde no Brasil e

demanda, necessariamente, um atendimento integrado tanto na rede intrassetorial, que abarca os serviços de atenção básica, Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf), Núcleos de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde (Nuprevs), Serviços de Atenção Especializada de Saúde Mental e Hospitais, quanto na rede intersetorial, que inclui todos os demais órgãos e instituições que lidam com a questão da violência, como Assistência Social, Sistemas de Justiça, Segurança Pública, Ministério Público, Defensoria Pública, Varas da Infância e Juventude, Conselho Tutelar, Conselhos de Direitos, Educação e as entidades da sociedade civil existentes no território (BRASIL, 2012). Organizar uma rede integrada, solidária, cooperativa e multiprofissional pressupõe que a atuação e decisões que envolvem diferentes profissionais sejam adotadas de forma descentralizada e coordenada. Esses têm sido alguns dos grandes desafios para o funcionamento das redes, ou seja, a centralização de informações por um lado e/ou a falta de informações de outro, e a fragmentação das ações. O trabalho em rede não tem uma receita pronta e, para cada município ou território, é preciso considerar as especificidades locais; porém, se organizar e se articular de forma a garantir a autonomia e o respeito aos saberes de cada setor envolvido no atendimento, o fluxo de trabalho e das informações, a multiliderança e a descentralização são passos fundamentais para o êxito do trabalho (OLIVEIRA, 2001).

A construção de uma rede de enfrentamento à violência envolve a articulação de instituições/serviços governamentais, não governamentais e a comunidade. Para tal, é importante o reconhecimento das famílias e dos territórios onde vivem, dos serviços que atuam nesses territórios e dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com pessoas em situação de violência. Isso quer dizer que profissionais da saúde, assistência social, educação, justiça, segurança pública, projetos sociais,

lideranças comunitárias, lideranças religiosas, meios de comunicação, universidades, conselhos de direitos e outros atores são parceiros fundamentais para a ampliação e mobilização dos formuladores e executores das políticas públicas, bem como para a mobilização social visando ao enfrentamento da violência e à promoção da saúde. Mas é fundamental reconhecer e envolver as redes sociais de apoio como parceiras na prevenção da violência e da promoção e garantia de direitos.

Redes sociais são grupos de pessoas ou instituições com os quais o indivíduo mantém tanto relações informais, de intimidade, quanto formais, e o **apoio social** é a capacidade da rede social das pessoas de promover diferentes tipos de auxílio, ou seja, trata-se de uma característica da rede social, mas não possui uma estrutura própria e pode ou não se manifestar. Isto é, mesmo fazendo parte de uma rede social, estabelecendo contatos com outras pessoas, grupos ou instituições, não necessariamente uma pessoa ou uma coletividade irá receber o apoio material, emocional ou afetivo da rede (SMITH; CHRISTAKIS, 2008). Entretanto, a manifestação de apoio social pode ajudar a acolher, integrar, criar empatia e dar suporte para a rede de enfrentamento da violência, podendo ser, portanto, um aspecto positivo para a promoção de vínculos das pessoas em situação de violência com os serviços da rede intrassetorial e intersetorial e de promoção da saúde.

Como podemos perceber, a construção de uma rede de enfrentamento à violência é um processo contínuo e permanente que envolve muito dinamismo e comprometimento entre os setores envolvidos. Mas, principalmente o envolvimento dos profissionais das instituições nas ações de promoção de ambientes e relações

saudáveis, de prevenção da violência, com ações voltadas para a melhoria da atenção às pessoas em situação de violência, sejam elas vítimas diretas ou indiretas e agressores.

Os pressupostos da rede de atenção à saúde é a formação de um conjunto de serviços vinculados entre si, que apresentam objetivos comuns, operam de forma cooperativa e interdependente, intercambiando recursos e ações que são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção (MENDES, 2011). Nesse sentido, os serviços do setor saúde são espaços privilegiados para identificação de pessoas em situação de violência. A rede de atenção às pessoas em situação de violência é uma rede temática que pressupõe uma articulação política entre pares que, para se estabelecer, exige reconhecer que o outro existe e é importante; conhecer o que o outro faz; prestar ajuda quando necessário; compartilhar saberes, ações e poderes e compartilhar objetivos e propostas de enfrentamento à violência.

A atenção aos casos de violência demanda ação multiprofissional, interdisciplinar e interinstitucional. O trabalho em parceria demanda atuação em rede articulada dentro e fora do setor saúde, reconhecendo os territórios, realizando diagnósticos de serviços e conhecendo como funcionam os fluxos de cada serviço e instituição.

20.1 O passo a passo da rede

Na prática, o protagonismo da equipe de saúde é essencial para buscar identificar as organizações e serviços disponíveis na comunidade que possam participar dessa rede, a exemplo das Delegacias da Mulher e da Criança e do Adolescente, do Conselho Tutelar, do Conselho de Direitos de Crianças e Adolescentes, Centros de Referência Especializados em Assistência Social (Creas), do Instituto

Médico Legal, do Ministério Público, das instituições como casas-abrigo, organizações não governamentais, dentre outros.

A partir desse diagnóstico, o próximo passo é a construção e articulação de uma linha de cuidado que estabeleça ações de atenção às pessoas em situação de violência. A linha de cuidado estabelecerá os fluxos a partir de qualquer porta de entrada da rede, com as possibilidades de referências e contrarreferências na atenção de forma contínua, de acordo com as necessidades das pessoas em situação de violência.

A pactuação, em forma de leis, decretos, outros, é importante para assegurar o comprometimento dos gestores, independente de mudanças e, também, para dar visibilidade à rede.

É necessário capacitar e sensibilizar de forma permanente e contínua os profissionais para a atenção em rede, além de criar protocolos, guias, cartilhas para facilitar o aprendizado e divulgar para a população saber que pode ser acolhida.

Os serviços de atendimento devem ter uma listagem com endereços e telefones das instituições componentes da rede. A lista deve ser do conhecimento de todos nos serviços, permitindo que a população tenha acesso a ela sempre que necessário e que possam conhecê-la. Lembre que o Disque 180 para violência contra mulheres e o Disque 100 para denúncias de violências e violações de direitos em geral são formas de acionar as redes.

Monitorar a rede a partir dos pactos, quanto à regularidade de encontros, alternâncias na coordenação do grupo e necessidades de ações e recursos para a implantação e funcionamento da rede, é imprescindível para sua efetivação. Esteja atento para identificar oportunidades, organizar ações e promover o controle social na implementação de políticas públicas.

Toda rede deve produzir informação. As experiências já existentes de atenção às pessoas em situação de violência possibilitam trocas de informação quanto ao entendimento e

à percepção das diferentes formas de violência, sobre as possibilidades de atuação de cada setor, os encaminhamentos e desdobramentos sobre os atendimentos realizados.

No que se refere à conformação da rede de atenção às pessoas em situação de violência, cabe ao gestor apoiar: a sensibilização e a mobilização locais; a elaboração de planos municipais com ações de enfrentamento das diversas formas de violência a que a população está exposta; a formação e a atualização pedagógica dos profissionais da saúde e de seus parceiros no município; a ampliação e o fortalecimento dos serviços. Tudo isso como parte da agenda constante da parceria entre os municípios, estados e o governo federal.

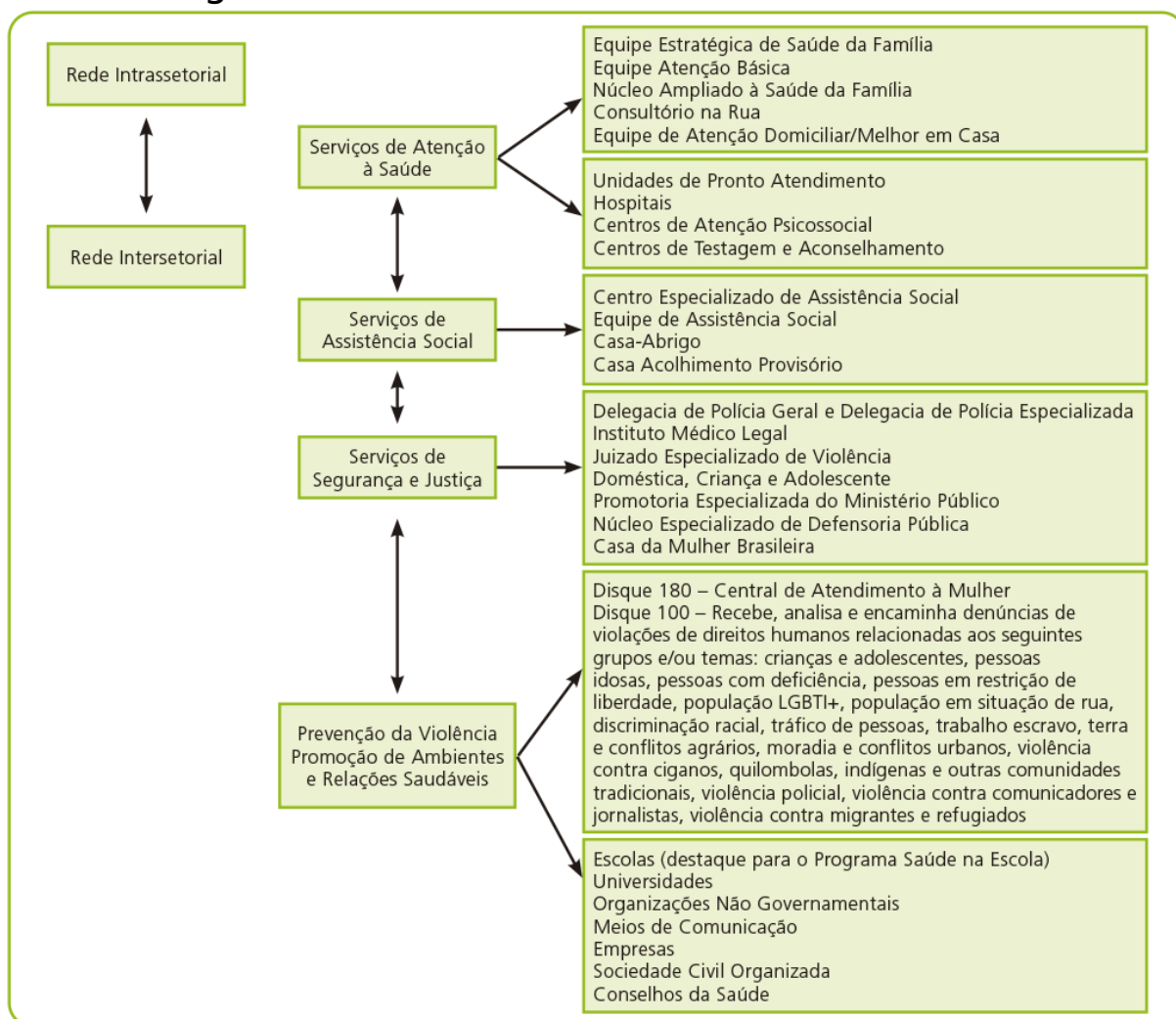
É necessário destacar que, mesmo que a rede não esteja estruturada, é possível realizar acompanhamento e encaminhamento das pessoas em situação de violência, contanto que o profissional tenha conhecimento dos serviços existentes (SCHRAIBER; D´OLIVEIRA, 2003).

O diálogo e a interlocução entre os serviços intra e intersetoriais é essencial para a atenção às pessoas em situação de violência. O fluxo de referência e contrarreferência, os problemas de acesso e de manejo dos casos em cada nível da rede precisam ser debatidos e planejados periodicamente, visando à criação de uma cultura que inclua a construção de instrumentos de avaliação e melhoria contínua do atendimento às pessoas em situação de violência.

Esperamos que essas informações auxiliem na construção e fortalecimento da atuação em rede de enfrentamento à violência, em especial na atenção qualificada, ética e afetiva às pessoas em situação de violência. A articulação e a atuação de forma integrada possibilitam a ampliação do acesso e da continuidade da atenção às necessidades das pessoas expostas a esse grave problema de saúde pública no nosso país.

Para refletir

Você teve alguma experiência marcante ao trabalhar em rede de prevenção de violência?
Quais as maiores dificuldades que você enfrentou para trabalhar em rede?
O trabalho em rede facilitou de alguma forma a sua atuação ou de seu serviço?

Fluxograma 1 – Rede de enfrentamento às violências

Fonte: Adaptado de Brasil (2016)

20.2 Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria consolidada n. 3, de 28 de setembro de 2017*. Consolidação das Normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-3-Redes.html. Acesso em: 20 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Protocolos da Atenção Básica*: saúde das mulheres. Brasília, DF: Ministério da Saúde: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências*: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Rede de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília, DF: Secretaria de Políticas para as Mulheres, 2011. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/institucional/omv/entenda-a-violencia/pdfs/rede-de-enfrentamento-aviolencia-contra-as-mulheres. Acesso em: 20 maio 2020.

CASTELLS, Manuel. A era da informação: economia, sociedade e cultura. *In*: CASTELLS, Manuel. *A sociedade em rede*. São Paulo: Paz e Terra, 2000. v. 1.

MENDES, Eugênio Vilaça. *As redes de atenção a saúde*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana de Saúde, 2011.

OLIVEIRA, F. *Redes*: o desafio da democratização dos saberes e poderes, limites e possibilidades. Belo Horizonte: Conselho Estadual da Mulher, 2001.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Violencia contra la mujer Respuesta del sector de la salud*. Geneva: OMS, 2013. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/87060/1/WHO_NMH

_VIP_PVL_13.1_spa.pdf Acessado em 11.04.2015. Acesso em: 20 maio 2020.

SCHRAIBER, L. B.; D´OLIVEIRA, A. F. P. L. *O que devem saber os profissionais de saúde para promover os direitos e a saúde as mulheres em situação de violência doméstica*. 2. ed. São Paulo: USP, 2003.

SMITH, K. P; CHRISTAKIS, N. A. Social networks and health. *Annual Review of Sociology*, [*s. l.*], v. 34, p. 405–429, 2008.

UNITED NATIONS. *Global strategy for women's, children's and adolescents' health, 2016-2030*. New York: United Nations, 2015.

Siglas

AA

Alcoólicos Anônimos

ABGLT

Associação Brasileira de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos

Abnapi

Associação Brasileira de Prevenção aos Abusos e Negligências na Infância

ABNT

Associação Brasileira de Normas Técnicas

Abrapia

Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência

Aids

Acquired Immunological Syndrome (Síndrome de Imunodeficiência Adquirida)

AIH/SUS

Autorização de Internação Hospitalar do Sistema Único de Saúde

APH

Atendimento pré-hospitalar

ASIRT

Association for Safe International Road Travel

ATT

Acidentes de transporte terrestre

Bireme

Biblioteca Regional da Opas

BO

Boletim de Ocorrência Policial

BPC

Benefício de Prestação Continuada

Caps

Centro de Atenção Psicossocial

CAT

Comunicação de Acidentes de Trabalho

CFM

Conselho Federal de Medicina

CGDANT/Dasis/SVS

Coordenação-Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis/ Departamento de Análise de Situação de Saúde/Secretaria de Vigilância em Saúde

CICT

Centro de Informação, Comunicação em Saúde da Fiocruz

CID

Classificação Internacional de Doenças

CID-10

Classificação Internacional de Doenças, 10ª Revisão

Cidid

Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens

Claves

Departamento de Estudos sobre Violência e Saúde Jorge Careli da ENSP/Fiocruz

CLT

Consolidação das Leis do Trabalho

CMC

Coeficiente de Mortalidade por Causa

CNS

Conselho Nacional de Saúde

Conade

Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência

Conasems

Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde

Conass

Conselho Nacional dos Secretários Estaduais de Saúde

Corde

Subsecretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência

CPI

Comissão Parlamentar de Inquérito

Crami

Centros Regionais de Atenção aos Maus-Tratos na Infância

Creas

Centros de Referência Especializada de Assistência Social

CT

Comunidade terapêutica

CT

Conselho Tutelar

CVV

Centro de Valorização da Vida

DATASUS

Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Ministério da Saúde

Dnit

Departamento Nacional de Infraestrutura de Transportes

DO

Declaração de Óbito

DPVAT

Seguro Obrigatório de Danos Pessoais Causados por Veículos Automotores de Vias Terrestres

DST

Doenças Sexualmente Transmissíveis

ECA

Estatuto da Criança e do Adolescente

ED

Estatuto do Desarmamento

EMBARQ

Centers for Sustainable Transport

ENSP

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca

EPF

Exame parasitológico de fezes

FDA

Food and Drug Administration dos Estados Unidos

GGB

Grupo Gay da Bahia

GRSF

World Bank Global Road Safety Facility

GRSP

Global Road Safety Partnership

GSE

Grupamento de Socorro de Emergência

IBGE

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IC

Incidência Cumulativa

IFF

Instituto Fernandes Figueira

ILPI

Instituição de longa permanência para idosos

IML

Instituto Médico Legal

Infopen

Sistema de Informações Estatísticas do Sistema Penitenciário Brasileiro

INSS

Instituto Nacional de Seguridade Social

Ipea

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

JHU

Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health

Lacri

Laboratório de Estudos da Criança

LGBT

Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Intersexos

MS

Ministério da Saúde

NA

Narcóticos Anônimos

Nasf

Núcleos de Apoio à Saúde da Família

NPC

Núcleo de Prevenção à Criminalidade

Nuprevs

Núcleo de Prevenção das Violências e Promoção da Saúde

ODS

Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OIT

Organização Internacional do Trabalho

OMS

Organização Mundial da Saúde

ONG

Organização não governamental

ONU

Organização das Nações Unidas

Opas

Organização Pan-Americana da Saúde

Pair

Programa de Ações Integradas e Referenciais de Enfrentamento à Violência Sexual Infanto juvenil no Território Brasileiro

PAISM

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PcD

Pessoas com deficiência

PNAISM

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNH-HumanizaSUS

Política Nacional de Humanização do SUS

PNPS

Política Nacional de Promoção da Saúde

PNVS

Política Nacional de Vigilância em Saúde

PRMMAT

Projeto de Redução da Morbimortalidade por Acidentes de Trânsito

PTI

Projeto Terapêutico Individual

PVNT

Projeto Vida no Trânsito

Renadi

Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa

Ripsa

Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RO

Registros de Ocorrências Policiais

Samu

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SEDH

Secretaria Especial dos Direitos Humanos

SEPM

Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres

SES

Secretaria Estadual de Saúde

SIA/SUS

Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde

Siate

Sistema Integrado de Atendimento ao Trauma e Emergência

Siasi

Sistema de Informação da Atenção à Saúde Indígena

SIH/SUS

Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde

SIM

Sistema de Informações sobre Mortalidade

Sinan

Sistema de Informação de Agravos de Notificação

Sinitox

Sistemas de Informação do SUS para Envenenamentos e Intoxicações

SIS

Sistema de Informação em Saúde

Sisav

Sistema de Informações em Saúde para Acidentes e Violências

SMS

Secretaria Municipal de Saúde

SNS

Sistema Nervoso Central

Suas

Sistema Único de Assistência Social

SUS

Sistema Único de Saúde

SVS

Secretaria de Vigilância em Saúde

TA

Tecnologias assistivas

Unicamp

Universidade de Campinas

UNICEF

Fundo das Nações Unidas para a Infância

UNESCO

Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNODC

United Nations Office on Drugs and Crime

VIVA

Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes em Serviço Sentinela

VVI

Vítimas de Violência Intrafamiliar

Glossário

Parte I

Capítulo 1

Violência consiste em ações humanas individuais, de grupos, de classes, de nações que ocasionam a morte de seres humanos ou afetam sua integridade e sua saúde física, moral, mental ou espiritual (BRASIL, 2001).
↵
Acidente é um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e/ou emocionais no âmbito doméstico e em outros espaços sociais, como o do trabalho, o do trânsito, o de esportes e lazer, dentre outros (BRASIL, 2001).
↵
Direitos humanos são os direitos fundamentais de todas as pessoas, sejam elas mulheres, homens, negros, homossexuais, índios, idosos, pessoas com deficiências, populações de fronteiras, estrangeiros e emigrantes, refugiados, portadores de HIV positivo, crianças e adolescentes, policiais, presos, despossuídos e os que têm acesso à riqueza. Todos devem ser respeitados como pessoas e sua integridade física, protegida e assegurada.
↵
Estupro é o ato de constranger alguém (homem ou mulher) de qualquer idade ou condição, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique outro ato libidinoso. Do ponto de vista jurídico, é crime previsto no artigo 213 do Código Penal Brasileiro, que sofreu alteração em sua redação por meio da Lei 12.015 de 2009 e que entrou em vigor em 07 de agosto de 2009. É crime também a prática de tais atos diante de

menores de 14 anos ou a indução a presenciálos (BRASIL, 2009c).
↵

Capítulo 2

Políticas públicas são ações articuladas pelo Estado com recursos financeiros e humanos próprios. Envolvem uma dimensão temporal e se propõem a ter alguma capacidade de impacto sobre determinado problema. As políticas públicas tratam desde a implantação de serviços até projetos de natureza ética, compreendendo vários níveis de relação entre o Estado e a sociedade civil. Seu traço definidor e característico é a presença do aparelho público-estatal na definição, indução, no acompanhamento e na avaliação das propostas, mesmo quando, para sua realização, ocorram parcerias e consórcios com instituições não governamentais e universidades, entre outras.
↵

Capítulo 4

Violência coletiva é aquela identificada pelos conflitos violentos entre nações e grupos, estupro como arma de guerra, movimentos de grandes grupos de pessoas desalojadas, guerras entre gangues e vandalismo de massas.
↵
Empoderamento significa o aumento do poder e da autonomia pessoal e coletiva de indivíduos e grupos sociais nas relações interpessoais e institucionais, principalmente daqueles submetidos a relações de opressão, discriminação e dominação social (VASCONCELOS, 2004).
↵

Desenvolvimento de capacidades é a habilidade das pessoas e instituições e das sociedades para desempenhar funções, resolver problemas e estabelecer e alcançar objetivos. Significa o ponto de partida fundamental para melhorar a vida das pessoas. É algo que acontece a longo prazo e por meio de três níveis sobrepostos: (a) individual, permitindo que indivíduos embarquem em um processo de contínuo aprendizado; (b) institucional, a partir das iniciativas locais existentes e estabelecendo organizações viáveis; (c) societal, fomentando grandes mudanças sociais e sistemas que permitam aos indivíduos e às instituições promover uma transformação para o desenvolvimento (ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2005, p. 15).
↵

Capítulo 5

Acidentes e violências referem-se a toda causa não natural que atua ou age sobre as populações, originando alterações em seu estado de saúde, seja em nível de mortalidade ou de morbidade, englobando-se nesse parâmetro todas as causas externas, que compreendem os diferentes tipos de acidentes e a violência propriamente dita: a autoconsumada (suicídios) e a dirigida contra terceiros (homicídios ou agressões) (MELLO-JORGE 1989).
↵
Indicadores são medidas usadas para descrever e analisar uma situação existente, avaliar o cumprimento dos objetivos, as metas e suas mudanças ao longo do tempo, além de prever tendências futuras.
↵
Coeficiente é uma medida em que os eventos do numerador são casos ocorridos em uma população que se encontra sob risco de adoecer ou morrer por determinado agravo ou doença, em um dado período de tempo e local.

↵

Razão é a medida da frequência de um grupo de eventos em relação à frequência de outro grupo de eventos. É um tipo de fração em que o numerador não é um subconjunto do denominador.

↵

Prevalência é o número total de casos (novos e antigos) de uma doença existentes em um determinado local e período.

↵

Capítulo 6

Crimes hediondos, segundo o *Dicionário Compacto Jurídico* (GUIMARÃES, 2006), são aqueles “cometidos com requintes de perversidade, para os quais não há fiança nem graça ou anistia, indulto ou liberdade provisória”.

↵

Eutanásia consiste em apressar a morte de um doente terminal, com prognóstico fatal ou em estado de coma irreversível, sem chances de sobreviver. Visa induzir a morte de uma maneira suave e sem dor, com a finalidade de acabar com o sofrimento do paciente. Pode ser ativa (quando se apela a recursos como injeção letal, medicamentos em dose excessiva e outros) ou passiva (pela falta de recursos necessários às funções vitais como água, alimentos, fármacos ou cuidados médicos).

↵

Parte II

Capítulo 8

Proteção social são formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de

seus membros.
↵
Seguridade Social, segundo a Constituição de 1988, artigo 194, é um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Preconizava-se um orçamento único e com diversas fontes de financiamento para os componentes da saúde, assistência e previdência social. No entanto, hoje nota-se que "é crescente a cisão entre dispositivos ainda em vigor da Constituição Brasileira, a construção da Seguridade Social, onde previdência, saúde e assistência social constituem braços integrados e articulados de uma política social abrangente" (NORONHA; SOARES, 2001).
↵
Notificar significa iniciar um processo cujo objetivo principal é o de interromper a violência no âmbito da família (BRASIL, 2002). Essa notificação, no entanto, não é e nem vale como denúncia policial. Ela indica que o profissional da saúde está dizendo ao Conselho Tutelar: "esta criança ou este adolescente e sua família precisam de ajuda! " A notificação não deve ser vista como o cumprimento de uma obrigação que tem fim em si mesma. É importante que o profissional da saúde acompanhe o trabalho do Conselho Tutelar, construindo uma parceria que permita compartilhar a decisão tomada para o melhor encaminhamento dos casos atendidos (NOGUCHI; ASSIS; SANTOS, 2004).
↵

Capítulo 9

Autoestima é um sentimento e um juízo de valor que se tem em relação a si mesmo. Expressa-se nas atitudes e nos comportamentos, podendo ser mais positivo ou negativo.
↵

Tutores de resiliência são indivíduos ou instituições que dão apoio a pessoas em situação de violência, favorecendo o desenrolar da vitimização e a ressignificação do trauma (CYRULNIK, 2004). Os tutores dão suporte por meio de afeto, convivência, processos educativos que tornem as pessoas mais resistentes e maduras para enfrentarem as dificuldades que ocorrem na vida de qualquer ser humano. O trabalho realizado pelos tutores visa fazer com que o indivíduo elabore os conflitos e retome os trilhos do desenvolvimento. Reveja o conceito de resiliência no Capítulo 4, parte I.
↵

Capítulo 10

Violência contra a pessoa idosa é definida como “um ou repetidos atos, ou falta de ações apropriadas, ocorrendo em qualquer relação que cause danos ou omissões em relação a eles”. (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2002).
↵

Capítulo 11

Resiliência é a forma como superamos os problemas. Entende-se o conceito sob a ótica da organização individual, de grupos ou instituições em que “persistentemente predomina a busca de resolução dos problemas, visando ao crescimento e ao desenvolvimento.”
↵

Capítulo 12

Estigma, no Dicionário Aurélio (FERREIRA, 1986), tem como significados: “cicatriz, sinal, marca infamante, vergonhosa”. O sociólogo Erving Goffman propõe o uso do vocábulo

“estigma” em referência a um atributo depreciativo. Ele seleciona três tipos de estigma: as deformidades físicas; as de raça, nação e religião, e as culpas de caráter individual (GOFFMAN, 1978).
↵

Reforma Psiquiátrica é compreendida não apenas como a mudança do modelo assistencial (antes centrado no hospital psiquiátrico, ou manicômio, e atualmente baseado em serviços de atenção psicossocial e outros dispositivos comunitários ou territoriais), mas como um processo social complexo que visa transformar a relação da sociedade com as pessoas em sofrimento psíquico. As três palavras-chave da Reforma Psiquiátrica são: cidadania, solidariedade e inclusão.
↵

Iatrogenia (iatrogênicos), também substituído por iatropatia, provém de *iatro* (que significa médico), com o radical *genia* (gerador, gênese). Em síntese, diz respeito a todo tipo de dano provocado pela intervenção médica ou qualquer outra forma de tratamento médico.
↵

Capítulo 13

Risco é uma consequência da livre e consciente decisão de se expor a uma situação na qual se busca a realização de um bem ou de um desejo, em cujo percurso se inclui a possibilidade de perda ou ferimento físico, material ou psicológico. Risco constitui uma estimativa acerca do perigo. No Capítulo 5 da parte I, falamos sobre esse tema.
↵

Capítulo 14

Pessoa com deficiência é aquela incapaz de assegurar por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência em suas capacidades físicas, sensoriais e/ou mentais.
↩

Discriminação é um tratamento desfavorável contra um indivíduo ou grupo social; é toda restrição que anule ou limite o exercício (em igualdade de condição) de direitos humanos e liberdades fundamentais nos campos político, econômico, social, cultural ou demais setores da vida pública.
↩

Benefício de Prestação Continuada é um benefício no valor de um salário mínimo – garantido pela Constituição Federal de 1988, artigo 203, inciso V –, para a pessoa portadora de deficiência, sem limite de idade, e para o idoso, quando comprovam não ter condições econômicas de se manter e nem de ter sua subsistência mantida pelas famílias. É um recurso concreto a ser utilizado pelos profissionais da saúde no atendimento da pessoa com necessidade especial.
↩

Parte III

Capítulo 16

Cobertura é a capacidade de um sistema de registrar o máximo possível dos eventos ocorridos no país sobre determinado agravo à saúde. A cobertura dos sistemas de informação constitui uma importante qualidade para que se tenha uma fotografia mais próxima da realidade.
↩

Completetitude é o grau de preenchimento dos dados em um sistema de informação, ou seja, o completo preenchimento de todos os campos dos instrumentos de coleta de dados. Esse atributo vem melhorando ao longo do tempo, mas muitas variáveis ainda aparecem com informações ignoradas ou não preenchidas.
↵
Confiabilidade pode ser definida como o grau de concordância entre os registros dos eventos nos sistemas de informação e a realidade. Para garantir a confiabilidade dos dados é fundamental a correta identificação e dos eventos e a codificação adequada das causas de morte e de internação hospitalar.
↵

Capítulo 18

Diagnóstico, como entendemos, não constitui uma sentença ou uma "auditoria". Ele se configura como uma análise que leva em conta as condições gerais disponíveis de infraestrutura, de recursos materiais e de conhecimentos, de planejamento e de apoio institucional existentes. Buscamos compreender as causas de determinadas situações. Um diagnóstico situacional reflete ainda criticamente sobre a qualidade dos registros e das informações que foram usadas e sobre as informações que não estão disponíveis.
↵
Plano de ação é um instrumento operativo para gestão de problemas sociais em geral (inclusive os da área da saúde), sendo composto pela descrição do tema em foco, do diagnóstico situacional e das tarefas voltadas para a solução.
↵

Capítulo 19

Monitoramento, de acordo com a ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (1989), apesar de complementar a avaliação, reúne procedimentos diferentes, voltados para acompanhar o andamento da ação.
↵

Capítulo 20

Rede é definida por Castells (2000) como um conjunto de nós que se encontram conectados. Segundo o autor, as redes são estruturas abertas que podem se expandir, formando novos nós, abrindo novas possibilidades de comunicação e de articulação entre as pessoas e as instituições que delas fazem parte. Para que os profissionais que atuam na atenção aos acidentes e violências construam um trabalho em rede, um dos primeiros passos é o compartilhamento de valores e de objetivos comuns.
↵